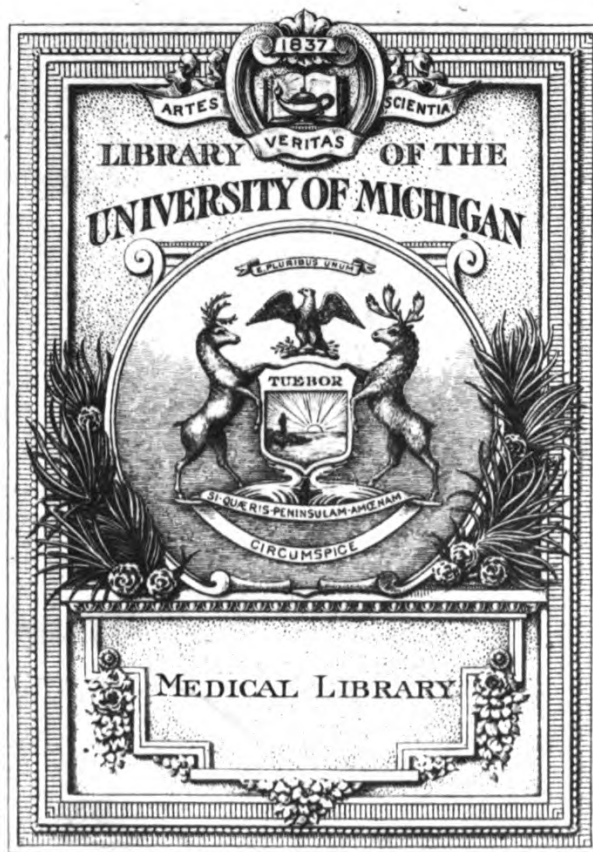




Excerpta medica

1919 / 1920.





610.5
E95

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

San.-Rat Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Neunundzwanzigster Jahrgang
1919|1920.



Verlag von Leopold Voss in Leipzig 1920.

kurze
eller
1427
102

cerp

**Kurze
der ge**

gebrauch

von **San. R.**
Verlag

gang

**künstlichen
Nitro-Teerfa
ber (Aus
häuser Charlo
alb (dinitron
mit etwas Vi
verursacht
ist intensive
dem Ikter
schädliche
dem der F
worden se
krankender
beiden Fäll
e Ikterus t
ag zur Sin
sere Ermit
sich also
ausz
Färbung d
kterisc
des Stul
Farbstoff
mit Sal
Verfärbung
sich**

Medical
Müller
1-29-27
13902

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

**Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur**

Preis des Jahrgangs
M. 6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-Rat Dr. Eugen Graetzer** in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

29. Jahrgang

Nr. 1.

Oktober 1919

Aetiologisches.

Über künstlichen Scheinikterus durch heimliche Verwendung von Nitro-Teerfarbstoffen. Zwei Fälle, beobachtet von Prof. Dr. F. Umber (Aus der I. Inneren Abteilung der städtischen Krankenhäuser Charlottenburg-Westend). Es handelte sich um Naphtholgelb (dinitronaphtolsulfosaures Natrium), vermutlich kombiniert mit etwas Viktoria-Orange (Dinitrokreosol). Diese Kombination verursacht schon in verhältnismäßig geringen Mengen eine höchst intensive Vitalfärbung der Haut und sichtbaren Schleimhäute, die dem Ikterus täuschend ähnlich ist. Nennenswerte gesundheitsschädliche Nebenwirkungen traten hierbei offenbar nicht auf, trotzdem der Farbstoff längere Zeit hindurch wiederholt geschluckt worden sein muß, um die mehrmonatige Gelbfärbung (von schwankender Intensität) zu erzielen. Bemerkenswert ist, daß in beiden Fällen zunächst wohl zweifellos ein echter katarhalischer Ikterus bestanden hat, bei dessen Abklingen wohl die Versuchung zur Simulation an die Rekonvaleszenten herangetreten ist. Weitere Ermittlungen über die Herkunft waren erfolglos. Es empfiehlt sich also, in solchen Fällen Verdacht auf künstlichen Scheinikterus auszusprechen, in welchen bei ausgesprochen ikterischer Färbung der Haut und Schleimhäute kein Bilirubin und Urobilin in ikterisch aussehendem Harn gefunden wird, bei normaler Färbung des Stuhles. Zum qualitativen Nachweis möchte Verf. folgende Farbstoffreaktion empfehlen: Ein halbes Reagenzglas voll Urin wird mit Salzsäure angesäuert, nach Zusatz von 1—2 Tropfen Zinnchlorürlösung (D. A. B. V.) durchgeschüttelt und mit Ammoniaklösung überschichtet. Man schwenke etwas um, so daß die Flüssigkeiten nicht gemischt werden, sondern geschichtet bleiben. Die in den Berührungsschichten entstehende Trübung ist bei normalen Harnen, auch bei Gegenwart von Gallenfarbstoffen, weiß, bei Vorhandensein unseres Nitrofarbstoffes tritt hingegen — je nach der

Konzentration desselben — eine mehr oder weniger starke lachsrote Farbe auf, die mit der Zeit wieder verschwindet.

(Zbl. f. inn. Med. 1919 Nr. 28.)

Hautentzündung durch Kalkstickstoffdünger. Von Dr. Joh. van Husen (Aus der Hautklinik in Bonn). Der Kalkstickstoff stellt ein schwarzes, leicht nach Azetylen riechendes Pulver dar, das als wirksamen Bestandteil Kalziumzyanamid, als Nebenprodukt bezw. Verunreinigung Aetzkalk bis ungefähr 30% und geringe Mengen Schwefelkalzium und etwas pulverisierte Kohle enthält, wodurch ihre Schwarzfärbung bedingt ist. Wegen seiner bekannten reizenden Wirkung besonders auf die Augen und Atmungsorgane wurde dieser Kunstdünger in Friedenszeiten weniger benutzt, und erst das Fehlen anderer stickstoffhaltiger Düngemittel hat die Veranlassung gegeben, daß der Kalkstickstoff in den letzten Jahren mehr in Gebrauch kam. So erklärt es sich, daß Verf. in letzter Zeit mehrere Fälle beobachten konnte, bei denen durch Beschäftigung mit Kalkstickstoff heftige Hautreizungen entstanden waren. In einem der beobachteten Fälle entstand eine so starke Dermatitis, daß der Kranke für 14 Tage in die Klinik aufgenommen werden mußte. Aus den Beobachtungen ergibt sich, daß der Kalkstickstoff nicht nur vesikulöse und bullöse Dermatitis an den freien Stellen (Gesicht und Hände), sondern auch fast über die ganze Körperhaut sich ausbreitende akute Entzündungen hervorzurufen vermag. Daneben können auch heftig juckende, quaddelartige Effloreszenzen entstehen, und zuweilen kann auch durch die Aetzwirkung eine Geschwürsbildung an den einzelnen Stellen erfolgen, die durch Kleidung gescheuert werden. Die Hautreizung bezw. Verätzung der Haut wird sehr wahrscheinlich durch die mehr oder weniger hochgradige Verunreinigung mit Aetzkalk bedingt, die ja bis 30% betragen kann, wobei wohl eine vermehrte Schweißabsonderung bei anstrengender Arbeit und vielleicht auch die Sonnenstrahlen fördernd einwirken. Was die Therapie betrifft, führt bei Fernhalten der ursächlichen Schädlichkeit die Behandlung mit Zinkwismutschüttelmixtur und Salben ziemlich schnell zur Abheilung der Hautreizungen. Bei heftigen Entzündungen mit diffuser Schwellung und Nässen der Haut sind vorübergehende Umschläge mit Salizyl (0,1%) -Resorcin (1%) -Lösung von guter Wirkung. Diese Beobachtungen müssen veranlassen, in dem Umgang mit Kalkstickstoff Vorsicht zu empfehlen. Die Augen werden zweckmäßig durch eine Schutzbrille gegen das Hineingelangen von Kalkstickstoffstaub gesichert, und auch für die Haut ist Einfettung und Puderung nach der Arbeit anzuraten.

(M. m. W. 1919 Nr. 27.)

Diagnostisches.

Ein weiteres diagnostisches Merkmal der malignen Struma. Von Prof. Dr. J. Oehler (Aus der chirurgischen Abteilung des Diakonissenkrankenhauses Henriettenstift zu Hannover). Unter dem großen Strumenmaterial der Freiburger chirurgischen Klinik, welches Verf. ein Jahrzehnt lang mit zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte, war eine nicht unerhebliche Anzahl maligner Strumen. Alle Strumen wurden vor der Operation mit Röntgenstrahlen durchleuchtet. Da Verf. als Normalverfahren der Strumaooperationen die halbseitige Exstirpation machte, konnte gewöhnlich durch das Röntgenbild noch besser als durch die sonstigen Untersuchungsmethoden nachgewiesen werden, welche Strumalhälfte zu exstirpieren war. Dabei viel Verf. auf, daß bei den malignen Strumen die Trachea meist überhaupt nicht zu sehen war. Verf. hat darauf hin die Röntgenbilder seiner malignen Strumen durchgesehen und gefunden, daß bei weitaus den meisten Fällen bei einwandfreier maligner Entartung der Struma die Trachea nicht zu sehen war. Der Befund war so häufig, daß Verf. das Fehlen der Trachealaufhellung auf dem Röntgenbilde als weiteres für die meisten Fälle gültiges differentialdiagnostisches Hilfsmittel zur Unterscheidung von den benignen Strumen in Vorschlag bringen möchte. Die Ursache des Fehlens der Trachealaufhellung im Röntgenbilde dürfte in der starren infiltrativen Umwachsung der Trachea durch das Geschwulstgewebe zu suchen sein, welche die Differenzierung zwischen Luftraum und Strumagewebe nicht mehr zur Geltung kommen läßt, oft auch nur ein ganz kleines Tracheallumen übrig läßt. (Zbl. f. Chir. 1919 Nr. 28.)

Herdreaktion bei der Pirquetschen Kutanprobe. Von Dr. M. Allinger-Stein (Aus der I. Medizinischen Klinik zu München). Die subkutane Tuberkulinprobe spielt in der Frühdiagnostik der Lungentuberkulose von allen Proben die größte Rolle. Sie allein gestattet durch das Auftreten einer Herdreaktion ein Urteil über den Sitz und über den aktiven Charakter der tuberkulösen Erkrankung. Weniger bekannt ist die Tatsache, daß in einzelnen Fällen auch nach der Pirquetschen Kutanprobe dieselben Erscheinungen auftreten. In der Literatur finden sich darüber nur wenige Angaben. Man ist sich darüber einig, daß die Probe nach Pirquet keinen rein lokalen Vorgang darstellt. Dies beweisen die ab und zu auftretenden Allgemeinreaktionen und die nicht so ganz selten beobachteten sogen. Fernreaktionen. Durch Resorption von Alttuberkulin von der Impfstelle aus kann es also zu einer Beeinflussung des Gesamtorganismus kommen. Theoretisch hat man deshalb

schon frühzeitig die Möglichkeit des Auftretens einer Herdreaktion bei der Kutanreaktion nach Pirquet zugegeben. Auf der I. Medizinischen Klinik, wo in jedem tuberkuloseverdächtigen, diagnostisch sonst nicht zu sichernden Falle die Pirquetsche Probe gemacht wird, ehe zu der subkutanen Applikation des Tuberkulins geschritten wird, um durch den negativen Ausfall tuberkulosefreie Fälle von vornherein auszuschneiden, wurden in den Jahren 1912—1917 im ganzen 107 Fälle nach v. Pirquet geimpft. Davon waren 69 positiv, 38 negativ. Von den 69 Fällen mit positiver Reaktion zeigten 5 neben den Hauterscheinungen eine deutlich nachweisbare Herdreaktion. In 2 Fällen bestand sie in dem Auftreten einer vorher nicht vorhandenen bzw. in der Zunahme einer vorher nachgewiesenen Dämpfung. In beiden Fällen traten außerdem Rasselgeräusche von klingendem Charakter auf. In den 3 übrigen Fällen waren die Rasselgeräusche das einzige Symptom der Herdreaktion. In 4 Fällen fand sich eine Allgemeinreaktion in Form einer Temperatursteigerung. In einem Falle ließ sich demnach eine Herdreaktion ohne Allgemeinreaktion feststellen, wie dies zuletzt v. Romberg bei der subkutanen Tuberkulinprobe in einem reichlichen Zehntel aller mit Herdreaktion Reagierenden beschrieb. In allen Fällen trat die Herdreaktion 24 Stunden nach der Impfung auf, in einem Falle war sie nach 48 Stunden am deutlichsten nachweisbar. Sie klang bei den verschiedenen Fällen verschieden schnell ab. In 2 Fällen verschwanden die Auskultationsphänomene vor den perkutorischen Erscheinungen, die bei einem Kranken im ganzen 4 Tage deutlich waren. Das rasche Auftreten der Herdreaktion zeigt, daß die Resorption trotz der kleinen Tuberkulinmengen schnell erfolgt. Das Fehlen einer Herdreaktion über einer veränderten Lungenspitze bei der Pirquetschen Probe sagt natürlich nichts über die Aktivität oder Nichtaktivität der Lungenveränderung aus. Sehr eindringlich wird dies durch acht beobachtete Fälle bewiesen. Bei ihnen wurde nach positivem Ausfall der Pirquetschen Probe Alttuberkulin auf die in der Klinik übliche Weise — 0,1—5 mg in 48stündigen Abständen — subkutan eingespritzt. Neben einer positiven Stichreaktion, die fast in allen Fällen auftrat, zeigten 3 Fälle weder Allgemein- noch Herdreaktion, 3 Fälle eine positive Allgemein- ohne Herdreaktion und 2 Fälle sowohl Allgemein- wie Herdreaktion. Die probatorische Injektion von Alttuberkulin wird also nur in den seltenen Fällen positiver Pirquetreaktion überflüssig, in denen die Herdreaktion nach der Pirquetschen Probe den aktiven Charakter der Erkrankung sicherstellt. Die mitgeteilten Beobachtungen sollen vor allem darauf hinweisen, daß es empfehlenswert ist, auch bei der Pirquetschen Hautreaktion sorgfältig täglich den örtlichen Be-

fund über der veränderten Lungenspitze zu verfolgen, um etwa auftretende Herdreaktionen nicht zu übersehen. Sie entscheiden eindeutig über den aktiven Charakter der Erkrankung.

(M. m. W. 1919 Nr. 22.)

Ueber die diagnostische Verwendbarkeit des „Plantarpunktes“. Von Maximilian Rosenberg. Der 1912 von Bechterew beschriebene plantare Schmerzpunkt oder Plantarpunkt, der in einer auffallenden Druckempfindlichkeit der Mitte der Fußsohle besteht und dem Bechterew diagnostischen Wert zur Differentialdiagnose zwischen Neuritis (und abgelaufener Neuritis) einerseits und abgelaufener Poliomyelitis andererseits beimißt, hat eine weitergehende nicht geringe Bedeutung. Seit 1912 achtet Verf. auf dieses Symptom und fand es in einer so häufigen Zahl von Fällen, daß er anfangs zu einem meiner jetzigen Meinung entgegengesetzten Werturteil gelangte. Allmählich zeigte es sich jedoch, daß allen diesen Fällen etwas Gemeinsames anhaftete, nämlich das Vorhandensein einer Neurotoxikose. So fand Verf. den Plantarpunkt (außer bei eklatanter Neuritis) bei Wurstvergiftung, bei schwerer allgemeiner Phthise, oft bei Kachektischen, bei akuten Infektionskrankheiten und insbesondere bei Hochschwangeren, ohne daß in diesen Fällen echte Neuritis eines bestimmten Nerven vorlag, und zwar als Ausdruck dessen, daß die Nervensubstanz als feinstes Reagens auf im Körper kreisende autotoxische Produkte mit einer erhöhten Empfindlichkeit zu reagieren beginnt. Gleichzeitig waren meist auch andere Nervendruckpunkte empfindlich, die Sehnenreflexe gesteigert. Vielfach zeigten sich auch verschiedene Muskelgruppen (insbesondere die Waden) druckschmerzhaft, es bestanden gelegentliche Wadenkrämpfe und Neigung zu Schlafdrucklähmungen. Findet man also den Plantarpunkt positiv, so wird der differentialdiagnostische Gedankengang sofort in die Richtung gedrängt, daß man das Vorhandensein einer Toxikose, welcher Art immer, in Betracht zu ziehen hat. Wiederholt vermied Verf. auf diese Weise bei schnellen Untersuchungen das Uebersehen von Stoffwechselstörungen, die dann durch genauere Untersuchungen erwiesen wurden. Am ausgeprägtesten ist der Plantarpunkt bei Hochschwangeren. Normale Fußbildung vorausgesetzt, dürfte also der Plantarpunkt ein wichtigeres neurologisches Symptom darstellen als eine Reihe anderer Nervendruckpunkte, die man häufiger untersucht und mit denen man weniger anzufangen weiß. Die Einfachheit der Untersuchung sollte ein weiterer Ansporn sein, die Prüfung des Plantarpunktes in keinem Nervenstatus fehlen zu lassen.

(D. m. W. 1919 Nr. 29.)

Komplikationen und Nachkrankheiten.

Doppelseitige Mastitis bei Grippe. Von Dr. H. Nothnagel (Aus der IV. medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien). Im Verlaufe einer Grippe tritt unter Ansteigen der Leukozytenzahl, Steigerung des Fiebers, an beiden Brustdrüsen gleichzeitig eine Entzündung des Drüsengewebes auf, die nicht zur Vereiterung führt, sondern in kurzer Zeit spontan bei kritischem Fieberabfall zurückgeht. Die Entzündung der Brustdrüse ohne Zusammenhang mit dem Puerperium ist selten. Nach Jochmann und Citron ist eine einseitige Mastitis bei Mumps mehrfach beschrieben worden. Es handelte sich hier stets um gutartige Erkrankungen, die bereits nach wenigen Tagen zur Ausheilung kamen. Auch im Verlaufe von typhösen Erkrankungen kann nach Schrottmüller in schwereren Fällen die Brustdrüse entzündliche Erscheinungen darbieten, wobei es nur ausnahmsweise zur Vereiterung kommt. Als metastatische Entzündung kommt eine solche auch im Verlaufe von pyämischen Erkrankungen vor. Eine Pyämie, wenigstens im gewöhnlichen Sinn, lag bei obiger Patientin gewiß nicht vor. In diesem Falle dürfte es sich um eine gelegentliche Metastase handeln, und zwar könnte man sie in die Gruppe von Influenzaskomplikationen einreihen, welche die Drüsengewebe befällt, wie zum Beispiel die bekannte Orchitis grippalis oder auch die Parotitis. So wurde auch von Verfs. Abteilung ein Fall von doppelseitiger Parotitis bei Grippe beobachtet. Die Entstehungsart dürfte durch Infektion vom Blute aus zu erklären sein, gleich wie das gelegentliche Auftreten einer Orchitis, Mastitis oder auch der weit selteneren Oophoritis bei Parotitis epidemica. Ob die Mastitis durch den primären, derzeit noch unbekannten Grippeerreger bedingt war, oder ob sie ihre Entstehung einer sekundären Infektion verdankt, läßt sich an der Hand des vorhandenen Beobachtungsmaterials nicht entscheiden. (W. kl. W. 1919 Nr. 23.)

Perichondritis des Kehlkopfes nach Grippe sah Prof. Brüggemann in 4 Fällen (Nasen-, Hals- und Ohrenkliniken der Universitäten Dorpat und Gießen). Die Grippe gehört auch zu denjenigen Infektionskrankheiten, bei denen, wie es scheint, nicht so selten perichondritische Prozesse im Kehlkopf auftreten, die zu jeder Zeit sowohl bei den leichten als bei den schweren Grippefällen das Krankheitsbild komplizieren können. Die Perichondritis verläuft entweder unter dem Bilde einer akuten, häufig abszedierenden Entzündung, die nicht selten zur Knorpelnekrose führt, oder aber mehr chronisch unter stärkerer Infiltration der Knorpelumgebung, bei der es dann langsam unter langdauernder

Eiterung zur Sequesterbildung im Knorpel kommen kann. Die Aetiologie der Perichondritis nach Grippe ist noch nicht mit Sicherheit festgestellt. Es scheint sich meist um Streptokokkenmischinfektion zu handeln, die gerade bei der letzten Grippeepidemie besonders häufig zu beobachten war. Auch Verf. konnte in einem Fall Streptokokken im Eiter nachweisen. Marchand weist darauf hin, daß die perichondritischen Entzündungen nach Grippe wie beim Typhus von Geschwüren im Kehlkopf ihren Ausgang nehmen. Es trifft dieses sicher bei den ad exitum gekommenen Grippekranken, welche die schwersten Veränderungen im Kehlkopf aufweisen, oft zu. In obigen Fällen konnte Verf. jedoch niemals Geschwüre im Kehlkopf feststellen, sondern nur einfache katarrhalische Reizungen der Kehlkopfschleimhaut, die oft sogar auffallend gering waren. Trotzdem kann natürlich die Entzündung des Perichondriums auch von hier aus ihren Ausgang genommen haben. Oberndorfer glaubt, daß die Lungenabszesse bei Influenza meist auf hämatogenem Wege entstehen. Auch für die Perichondritis ist ein hämatogener Ursprung in manchen Fällen nicht von der Hand zu weisen, zumal Perichondritis im Kehlkopf mit Sicherheit durch hämatogene Infektion bei anderen Infektionskrankheiten beobachtet wurde. (M. m. W. 1919 Nr. 24.)

Zur Kenntnis der schmerzlosen Otitis media bei Infektionskrankheiten. Von Dr. Walter Hesse (Aus der Medizinischen Universitätsklinik Halle a. S.) In der fieberfreien Periode des Scharlachs, des Typhus, der Masern und der Diphtherie beobachtete Verf. sowohl bei Kindern wie bei Erwachsenen nicht selten mittlere und hohe Temperatursteigerungen von kürzerer oder längerer Dauer, ohne daß subjektive Klagen von seiten der Patienten oder Untersuchung der inneren Organe auf die Art der Komplikation des Krankheitsbildes hinwiesen, bis nach etlichen Tagen eine Ohreiterung zur allgemeinen Überraschung die Fiebersteigerung als eine akute Otitis media aufklärte. Nachträgliches Befragen der Patienten nach Ohrenscherzen ergab, daß solche nie zur Wahrnehmung gekommen waren. An eine Komplikation von seiten der Ohren als Ursache der Fiebersteigerung war nicht gedacht worden, weil das Kardinalsymptom der Otitis media, der stechende und reißende Schmerz im erkrankten Ohr, fehlte. Nachdem Verf. mehrmals die gleiche Beobachtung gemacht hatte, glaubte er einen Zufallsbefund ausschließen zu können und machte es sich daher zur Regel, unter Hinzuziehung eines Ohrenarztes zwecks Kontrolle unseres Befundes, in jedem Falle von ätiologisch unklarer Fiebersteigerung auch bei fehlenden Ohrenscherzen die Ohren zu untersuchen. Dabei ergab sich, daß viele plötzliche

Fiebersteigerungen sowohl in der Fieberperiode, als auch in der späteren fieberfreien Zeit bei negativem inneren Organbefund mittels Ohrspiegelung als der Ausdruck einer fiebernden Otitis media ätiologisch erkannt wurden, ohne daß die Erkrankten von selbst oder auf Befragen Ohrenscherzen angaben, obwohl in manchen dieser Fälle die Prüfung auf Druckempfindlichkeit der Fossa mastoidea und der Spitze des Warzenfortsatzes bereits auf eine Mitbeteiligung des Warzenfortsatzes hinwies. Bei der Häufigkeit dieses Befundes glaubt Verf. eine zufällige Indolenz des Erkrankten gegen Schmerzen oder einen jener seltenen Ausnahmefälle von schmerzloser Verlaufsform der akuten Mittelohrentzündung ausschließen zu können. Bei Scharlach, Masern und Typhus begegnete er der schmerzlosen Otitis media häufiger als bei Diphtherie. Manches „Nachfieber“ bei Scharlach konnte so als latente Otitis media entlarvt werden. Welche Bedeutung die frühzeitige Erkennung einer Ohrenkomplikation für den Verlauf derselben hat, bedarf keiner Erörterung. Vielfach setzte die frühzeitige Diagnose in die Lage, bei Vorwölbung des Trommelfelles der spontanen Perforation durch die Parazentese zuvorzukommen und einen Abfall des Fiebers zu erwirken.

(Zbl. f. inn. Med. 1919 Nr. 30.)

Ueber postdysenterische Mastdarmerkrankungen. Von Priv.-Doz. Dr. Eduard Miloslavich (Aus der Prosektur des Garnisonspitals Nr. 1 in Wien). Die relative Unbeweglichkeit des Mastdarmes mit seinem stagnierenden Kotinhalt ist zum Teil mitbestimmend für die schweren und schwerheilbaren Veränderungen dieses Organs, bei dem die chronisch entzündlichen Prozesse nach Durchsetzung und teilweiser Zerstörung aller Wandschichten auch in das umliegende Gewebe hineingreifen und zu beträchtlicher schwieliger Verdickung des periproktalen Bindegewebes führen. Der langsam fortschreitende und tiefgehende ulzeröse Zerfall des Rektums einerseits, die reparatorischen Vorgänge andererseits mit höhergradiger Bindegewebsproliferation in der Darmwand selbst, im Zusammenhang mit einer schwieligen periproktalen Bindegewebsentwicklung können leicht zu einer irrigen Auffassung des klinisch erhobenen Befundes führen. So gelangten in den letzten Tagen nacheinander zwei Fälle mit der klinischen Diagnose Mastdarmkrebs zur Obduktion, die einige Monate vorher wegen Ileuserscheinungen operiert (Anus praeternaturalis) wurden. Beiden Fällen gemeinsam ist die beträchtlich strikturierende, narbig ulzeröse Proktitis und schwielige Periproktitis beim Vorhandensein einer chronisch-ulzerösen Dysenterie des distalen Dickdarmschnittes. Kurz vor dem Tode trat ein Aufflackern des dysen-

terischen Prozesses auf. Die Verengerung des Darmlumens war in beiden Fällen eine höhergradige und besonders analwärts fast scharf abgegrenzt, die schwierige Induration des periproktalen Bindegewebes war gleichfalls eine beträchtliche. Im Vordergrund des mikroskopischen Bildes stand in beiden Fällen eine mächtige Bindegewebsproliferation. Die kleinen Gefäßäste erschienen von rundzelligen und stellenweise plasmazellulären Infiltraten begleitet. Am Epithel fand man nirgends atypische Wucherungen, wohl aber eine stärkere Schleimproduktion. Die bakteriologische Untersuchung fiel, in bezug auf Dysenterie, in beiden Fällen, wie dies bei der langen Dauer des Prozesses zu erwarten war, negativ aus. Beim Vorkommen einer geschwürig zerfallenden, narbig indurierenden und strikturierenden Proktitis und schwieriger Periproktitis wäre zuerst die Möglichkeit einer chronischen Dysenterie zu erwägen und nach solcher zu fahnden. Bei Besprechung analoger Rektumaffektionen ist die Dysenterie als ätiologischer Faktor, neben einer luetischen, gonorrhoeischen oder tuberkulösen Erkrankung, an erster Stelle zu erwähnen und zu erörtern. Dieses Prinzip ist auch bei der diagnostischen Beurteilung hierhergehöriger klinischer Fälle festzuhalten. In den meistverbreiteten Lehrbüchern der pathologischen Anatomie finden wir aber die Dysenterie, ein zweifellos ätiologisch wichtiger Faktor für die strikturierende Geschwürsbildung des Rektums, leider nicht erwähnt. Man muß auf dieses Moment aber nachdrücklichst hinweisen, denn bei der starken Verbreitung der Dysenterie werden ähnliche Beobachtungen wie obige nicht isoliert bleiben, ihre rechtzeitige und richtige Erkennung ist für die Beurteilung und weitere Behandlung solcher Fälle sicherlich von eminenter Bedeutung. Noch eines Umstandes soll Erwähnung getan werden, und zwar der Entwicklung des Mastdarmkrebses nach Ablauf einer Ruhrerkrankung. Kürzlich beschrieb Klein einen Fall von Rektumkarzinom bei einem 21jährigen Mann im Anschluß an eine überstandene Y-Dysenterie. Trotz des jugendlichen Alters kam es zur Entwicklung einer bösartigen Neubildung. Es bleibt nun abzuwarten, ob sich solche Fälle nicht häufen werden. In einem obiger Fälle trat in der angrenzenden Schleimhaut eine reichliche polypöse Schleimhautwucherung auf, die bei chronisch-ulzeröser Dysenterie nicht so selten ist. Und gerade diese polypösen, zum Teil adenomatösen Neubildungen können unter Umständen, genau so wie bei der Polyposis des Darmes, Ausgangspunkt für eine maligne Geschwulstbildung abgeben.

(M. K. 1919 Nr. 26.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Zur blutstillenden Wirkung des Bergel'schen Fibrins.
 Von Dr. Willy Hofmann (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin). 1917 empfahl Momburg das Bergel'sche Fibrin in Substanz als lokales Blutstillungsmittel. Er verwandte es bei einer unstillbaren Blutung nach der Operation eines Kavernoms am Kopfe, außerdem bei parenchymatösen Blutungen der Leber, jedesmal mit gleich gutem Ergebnis. Verf. hatte Gelegenheit, dasselbe Mittel bei einer inzidierten Sehnenscheidenphlegmone des rechten Zeigefingers, bei der es sich offenbar um Hämophilie handelte, ebenfalls mit bestem Erfolge zu erproben. Seit 3 Wochen Schmerzen und Schwellung am rechten Zeigefinger. Angeblich sind diese Erscheinungen unmittelbar nach einem Grippeanfall aufgetreten. Der Arzt verordnete kalte Umschläge, später heiße Bäder. 8 Tage später wurde eine Inzision an dem Finger angelegt, aus der sich viel Eiter entleerte. Am 7. Dezember bemerkte Patient, daß der Finger stark blutete. Er ging zum Arzt, der die Blutung durch Tamponade stillte. Am 8. Dezember trat jedoch die Blutung von neuem auf. Patient wurde in der Poliklinik tamponiert und sodann in die Klinik aufgenommen. Temperatur 39,2. Der Arm wird zunächst im Suspension verbunden. Da die Blutung zurzeit steht und der Verband nur wenig durchtränkt ist, wird dieser zunächst nicht gewechselt. 10. Dezember Temperatur gefallen. Patient bekommt heute plötzlich wieder eine neue starke Blutung. Der Verband wird sofort abgenommen und im Aetherrausch die Wunde auseinandergehalten. Es handelt sich um eine Inzision über der 1. und 2. Phalanx des rechten Zeigefingers, aus der nekrotische Sehnenfetzen herausragen. In der Wunde viele Blutkoagula, nach deren Ausräumung man mehrere Gefäße spritzen sieht. Es wird nun versucht, diese zu fassen, trotzdem blutet es immer wieder von neuem. Da ein Gefäß mehr zentralwärts zu liegen scheint, wird die Inzision erweitert, so daß ein großer Teil der Sehne freigelegt werden muß. Obwohl noch mehrere Gefäße gefaßt waren, gelingt es nicht, die immer stärker werdende diffuse Blutung von hellrotem, dünnflüssigem Blut zu stillen. Es hat sich in wenigen Minuten aus der relativ kleinen Wunde eine große Blutlache auf dem Boden des Operationssaales gebildet. Verf. schüttete nunmehr den Inhalt einer Ampulle von 0,3 Bergel'schem Fibrin in Substanz in die Wunde hinein und drückte das Pulver mit dem Griff einer Pinzette in die Tiefe und an die Ränder an. Der Erfolg war überraschend, die Blutung stand prompt in kürzester Zeit. Die Wunde wurde darauf noch

tamponiert und ein Kompressionsverband angelegt. Der Verband blieb 5 Tage liegen, da sich keinerlei Beschwerden und auch keine Temperatursteigerung einstellten. Beim nächsten Verbandwechsel — die Wunde hatte inzwischen stark zu eitern begonnen — trat wieder eine parenchymatöse Blutung auf. Auch diese wurde in derselben Weise zum Stillstand gebracht. Der übrige Heilverlauf war normal. Verf. macht noch darauf aufmerksam, daß man zur Verhütung des Fortschwemmens des Fibrins dieses nach dem Aufschütten gut andrücken muß.

(B. kl. W. 1919 Nr. 30.)

Suprarenin bei torpiden Wunden (und auch *Ulceræ cruris*) hat in der Chirurgischen Universitäts-Klinik in Frankfurt a. M. nach Mitteilung von Dr. M. F l e s c h - T h e b e s i u s recht gute Dienste geleistet. Benutzt wurde eine 10%ige Salbe:

Rp. Suprareninlösung (1:1000) 10,0

Ung. Liq. Alumin. acet.

oder

Ung. boric. 2% ad . . . 100,0

(Zbl. f. Chir. 1919 Nr. 28.)

Eine schonende Methode der Nagelentfernung. Von Dr. Langemak (Aus dem Reservelazarett 1, Abtlg. Garnisonlazarett Erfurt). Die in halbmondförmiger Umschneidung bestehende Operation des eingewachsenen Nagels will die seitliche Einfalzung beseitigen, den Nagel verschmälern und das Wiedereinwachsen durch Ausrottung der zum Seitenrande gehörenden Nagelwurzel unmöglich machen. Diese Methode ist in den allermeisten Fällen nicht nötig, erfordert längeres Krankenlager und gibt nicht einmal immer befriedigende Resultate. Meistens kommt man mit der einfachen Nagelabtragung aus. Die bisher üblichen Methoden:

1. Eindringen mit einer spitzen Peanzange unter den Nagel in der Mittellinie und Herausreißen des Nagels nach Lockerung durch Rechts- und Linksdrehung, und

2. Spaltung des Nagels in der Längsrichtung mit Schere und Herausdrehen der Hälften sind unzweckmäßig, weil eine Verletzung des Nagelbetts unvermeidbar ist und der nachwachsende Nagel eine häßliche Leiste aufweist, die durch nichts zu beseitigen ist. Die Heilung braucht längere Zeit, ja zuweilen bildet sich ein richtig geformter Nagel überhaupt nicht wieder. Die Nachteile dieser Methode veranlaßten Baumgärtner ein Instrument zu beschreiben, welches er Nagellöser benannte. Es besteht aus einem Handgriff und einer Lanze, die in ein feines Plättchen von 3 mm Breite ausläuft. Die Spitze ist abgerundet, die Seiten sind fein

zugeschliffen, aber nicht schneidend. Mit Hilfe dieses kleinen Instruments gelingt es, in das Stratum mucosum (in das das Korium des Nagelbetts mit der Hornschicht verbindende Gewebe) einzudringen und durch schonende Bewegungen den Nagel zu lösen ohne Verletzung der Nagelleisten und der in ihnen aufsteigenden Gefäßschlingen. Diese unblutige Methode — bei richtiger Technik blutet es tatsächlich gar nicht — schont die Matrix und die Grundfläche des Nagelbettes so, daß man nach der Nagelentfernung den Eindruck hat, als ob schon die erste feine Hornschicht darunterläge. Als nicht ganz vollwertigen Ersatz des Nagellösers kann man ein breites, flaches Elevatorium benutzen. Die Methode, welche noch schonender den Nagel entfernt und eine Berührung des Nagelbetts überhaupt vermeidet, ist folgende: Man faßt das freie Ende des Nagels quer mit einer Kocher-Klemme und rollt nun den Nagel wie den Rand einer Sardinenbüchse nach hinten auf. Ist der Nagel sehr kurz, so löst man den vorderen Teil mit einem Elevatorium, bis der Nagel gut gefaßt werden kann. Die Regeneration des gesunden Nagels wird auf diese Weise in wenigen Tagen erzielt. (D. m. W. 1919 Nr. 27.)

b) Innere Krankheiten.

Zur Behandlung der Diphtherie mit antitoxinfreiem Pferdeserum. Von Dr. Paul Karger (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Berlin). Der aufsehererregenden Mitteilung Bingels, der mit Normalpferdeserum die gleichen Erfolge erzielt haben will, wie mit antitoxischem, ist bisher nur eine Veröffentlichung von Feer gefolgt, der einen völlig ablehnenden Standpunkt einnimmt. Im Anschluß an therapeutische Versuche auf einem ganz anderen Gebiete hat Verf. Gelegenheit gehabt, durch Zufall die Wirkung des „leeren“ Serums auf die Diphtherie zu beobachten. Ende März wurde ein sechsjähriges Kind mit Bauchtuberkulose in die Klinik aufgenommen, das am ersten Tage, wie hier üblich, 500 I.-E. Hammelserum prophylaktisch erhielt, ohne irgendwelche Zeichen von Diphtherie zu zeigen. Das Krankenblatt verzeichnete damals einen leichten serösen Schnupfen. Das Kind erhielt in der Folgezeit aus hier nicht interessierenden Gründen sieben Injektionen von Normalpferdeserum in kurzen Abständen (7., 11., 15., 23., 29. April, 3., 6. Mai) zu je 10 ccm intramuskulär. Am 5. Mai wurde ein blutig-schleimiger Ausfluß aus der Nase bemerkt, dessen bakteriologische Untersuchung reichlich Diphtheriebazillen ergab. Durch Rhinoskopia anterior wurden am Septum typische Membranen festgestellt. Die Naseneingänge waren mit blutigen Borken verschlossen. Zwei Tage später Injektion von

1500 I.-E. Diphtherieserum, worauf sich die Membranen im Laufe von 4 Tagen abstießen. Die Infektionsquelle ist unbekannt geblieben; bisher sind noch zwei weitere Fälle von Nasendiphtherie auf der betreffenden Station aufgetreten. Bei vorsichtigster Wertung aller Befunde ergibt sich daraus, daß enorm hohe Dosen von Normalserum (70 ccm), die bei unseren üblichen Präparaten einem Antitoxingehalt von $7 \times 5000 = 35\,000$ I.-E. entsprechen würden, die Entwicklung einer klinisch einwandfrei feststellbaren Nasendiphtherie nicht verhindern konnten, wobei wir die Frage, ob es sich um einen Bazillenträger gehandelt hat, offen lassen können. Es ist nie beobachtet worden, daß bei so hohen Gaben von antitoxischem Serum eine Erkrankung an Diphtherie aufgetreten wäre. Auch spricht die prompte klinische Heilung nach 1500 I.-E. gegen die Gleichwertigkeit des Normalserums und für den entscheidenden Wert des Antitoxingehaltes.

(D. m. W. 1919 Nr. 22.)

Ueber die Behandlung der Typhusbazillenträger mit Cystinal nach Stuber. Von Dr. L. Zimmermann (Aus dem Kriegsgefangenenlazarett Gießen). Stuber hat damit „glänzende“ Erfolge gehabt. Schon Geiger und Küster-Wolff konnten das nicht bestätigen; und jetzt berichtet auch Verf. von vollständigen Mißerfolgen.

(M. m. W. 1919 Nr. 21.)

Intravenöse Anwendung des Trypaflavins bei Infektionskrankheiten. Von Prof. K. Bohland (Aus dem Johanniterkrankenhaus in Bonn). Trypaflavin (neutral) kann in Lösungen von 1:200 in Mengen von 10—40 ccm (also 0,05—0,2 g Substanz) bei Gesunden und Kranken ohne schädliche Wirkung intravenös und öfter wiederholt gegeben werden. Auch Kinder vertragen Dosen bis 0,025 gut. Auszuschließen sind Kranke mit akuter hämorrhagischer Nephritis. Von der innerlichen Darreichung, auch in Geloduratkapseln, muß Verf. abraten, weil sehr rasch heftiges Erbrechen eintritt. Seine Erfahrungen sprechen für die erfolgreiche Anwendung des Mittels bei Influenza und Influenzapneumonie sowie bei anderen Pneumonien, ferner bei akuter Koliinfektion der Harnwege und bei Sepsis. Bei akutem Gelenkrheumatismus kommt die intravenöse Anwendung weniger in Betracht als die lokale Injektion in größere Ergüsse. (D. m. W. 1919 Nr. 29.)

Zur Behandlung der Colitis ulcerosa sive suppurativa und verwandter Zustände verwandte in verzweifelten Fällen Prof. Dr. A. Kühn (Rostock) das Escalin. Hat Verf. dieses Mittel in der Magenpathologie derart schätzen gelernt, daß es bei ihm in

der Behandlung des Magen- und Duodenalulcus jedes andere Mittel verdrängt hat, so daß er es seit Jahren — seitdem es von Klemperer in die Therapie des Magenulkus eingeführt worden ist — ausschließlich anwendet und zwar sowohl als Styptikum bei Blutungen als auch als Analgetikum beim Ulkusschmerz stets mit promptem Erfolg, so hat es sich auch bei oraler Applikation als ein der Resorption nicht unterliegendes Mittel bei mancherlei Darmerkrankungen vorzüglich bewährt. Verständlich ist die Wirkung, wenn man bedenkt, daß der feine Metallstaub als Glyzerinemulsion fest auf der Schleimhaut des ganzen Intestinaltrakts haftet. Konnte Verf. es doch oft rektoskopisch auf der Rektumschleimhaut als feinen Ueberzug finden, welcher fest auf der Schleimhaut haftete und mechanisch nicht entfernt werden konnte, selbst wenn das Escalin nur in geringer Menge regelmäßig per os genommen war. Diese mehrfach gemachten rektoskopischen Beobachtungen veranlaßten Verf., das Mittel direkt auf die Dickdarmschleimhaut zu applizieren, wobei es als ultima ratio in Fällen, welche bislang jeder Therapie getrotzt hatten, in Anwendung kam. So waren in einigen Fällen Wismut mit und ohne Tannin, Opium (bei profusen Diarrhöen und Darmspasmen), Bismutose, Tannismut, Tannalbin, Tannigen, Bolus und Boluspräparate, Uzara u. a. erfolglos per os angewandt worden. Lokal waren versucht: Spülung mit Kamillente, mit schwacher Salizyllösung (1:4000) mit und ohne nachfolgendem Opiumklistier, Klistiere von Tanninlösungen, Arg. nitr., Bolusaufschwemmung, Bism. carb., Dermatol usw. Alles dies hatte nur vorübergehend geholfen, so daß nahe lag, die bekannte chirurgische Behandlung in die Wege zu leiten. Zuvor wurde nur noch einmal Escalin in rektaler Anwendung versucht. Schon nach wenigen Klistieren besserte sich der Zustand ganz eklatant. Die jahrelang bestehenden Abgänge von Schleim und Eiter hörten auf, die Tenesmen schwanden, und das Allgemeinbefinden besserte sich dementsprechend, so daß in einem Falle eine Gewichtszunahme von 8 Pfund in 4 Wochen erzielt werden konnte. Eine Nachuntersuchung nach einigen Monaten ergab gutes Allgemeinbefinden und normale Dickdarmschleimhaut bei rektoskopischer Untersuchung. Danach scheinen Escalineinläufe durchaus geeignet zu sein, die viel gepriesenen und angewandten Boluseinläufe allmählich ganz zu verdrängen. Ist gegen letztere doch auch schon der Einwand geltend gemacht worden, daß die Bolusemulsion durch Abgabe von Wasser an den Darm allmählich bis zur Steinkonsistenz eindicken kann und dann in dieser Form mehr schadet als nützt. Derartige Erfahrungen hat auch Verf. wiederholt gemacht, sowohl bei therapeutischen Boluseinläufen als auch bei der Wismut- oder Baryum-Bolusfüllung des Dickdarmes zwecks Röntgenuntersuchung.

Viele der in dieser Weise Präparierten haben später schwere Vorwürfe gemacht, da sie nur mit den größten Anstrengungen sich der „Darmsteine“ entledigen konnten. Ähnlich skeptisch zur Bolustherapie äußert sich in letzter Zeit auch Zlocisti, und Bungert bringt einen Fall von Darmruptur bei Ruhr direkt mit der Bolusanschoppung in Zusammenhang. Derartige Vorkommnisse sind bei der Escalinthherapie naturgemäß völlig ausgeschlossen. Das Escalin muß in allen verzweifelten Fällen zunächst in kräftiger Dosierung per os gegeben werden, bleibt der Erfolg dann auch aus, kommt seine rektale Applikation nach vorsichtiger Darmspülung in Betracht. Dabei ist zu berücksichtigen, daß es nur in sehr dünner Emulsion in den Darm einlaufen kann, weil es bei stärkerer Emulsion infolge seiner Schwere leicht die Neigung hat, den Schlauch und das Darmrohr zu verstopfen.

(Ther. d. Gegenw. März 1919.)

Egestogen gegen Flatulenz und andere Gärungserscheinungen im Darm. Von San.-Rat Dr. Paul Korb (Aus dem Diakonissenkrankenhaus „Bethanien“ in Liegnitz). Als die bei weitem wirksamsten Mittel gegen Gärungen und sauren Stuhl haben sich Kalzium und Bolus alba erwiesen. Die Firma Gödecke & Co. hat nun neuerdings diese beiden Substanzen sterilisiert unter Verwendung von Pflanzenschleimstoffen und einem Zusatz von Phenolphthalein unter dem Namen „Egestogen“ zur Bekämpfung der Flatulenz und verwandter Zustände in Tablettenform eingeführt und Verf. zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt. Nach den Mitteilungen der Fabrik besteht das Egestogen aus je $33\frac{1}{3}\%$ sterilisierten Kalziumkarbonats, Bolus alba und präparierten Pflanzenschleims mit $0,2\%$ Phenolphthalein. Jede Tablette enthält $0,5\text{ g}$ wirksame Substanz. Das beigefügte Phenolphthalein soll nicht abführen, es ist nur in so geringer Menge zugesetzt, daß der leicht retardierende Einfluß des Kalziums und Bolus durch das Phenolphthalein gerade soweit kompensiert wird, daß der Darm seine eigene Motilität behält und die Gesamtwirkung des Präparats auf die Beweglichkeit des Darmes damit, von individuellen Eigentümlichkeiten abgesehen, vollkommen neutral wird. Ein weiterer Vorteil des Mittels ist es, daß die antikatarrhalische Wirkung der Tabletten durch die erwähnten Schleimstoffe erhöht wird. Diese „Egestogen“-Tabletten sind leicht zerfallbar, belästigen also die Magenschleimhaut nicht und können ohne Gefahr irgendwelcher unangenehmen Erscheinungen wochenlang gegeben werden. Die gewöhnliche Gabe betrug 3 mal täglich 2, selten auch 3 mal täglich 3 Tabletten. Selbst bei 5 mal täglich 3 Tabletten, die Verf. allerdings nur in einem Falle, hier aber wochenlang gab, hat Verf.

keine irgendwie unangenehmen Nebenerscheinungen beobachten können. Ebenso wenig klagte der betreffende Kranke über irgendwelche Belästigungen. Bei Zuständen, welche einen gewissen chronischen Verlauf voraussehen lassen, wie unter anderem Enteritiden und Kolitiden, empfiehlt es sich, nach etwa 4 Wochen eine Pause von 14 Tagen einzuschieben, um die Dauerwirkung beobachten zu können. Man wird dann meist feststellen können, daß nunmehr auch unter zeitweiser Fortlassung der Medikation die Flatulenz wesentlich geringer wird, katarrhalische Erscheinungen milder auftreten, die saure Reaktion erheblich abgeschwächt oder geheilt ist. Die Flatulenz, gleichgültig welcher Herkunft, entsteht bei im übrigen normalen Darne durch überreichliche Gärung an ungeeigneten, schwer angreifbaren Nahrungsmitteln, besonders dem jetzigen Kriegsbrot, oder bei krankhaft veranlagtem Darne schon bei vorsichtiger Kost, so bei der sauren Gärungsdyspepsie schon durch Kartoffeln, Gemüse und gut gebackenes Roggenbrot. Gegen beide Arten von Flatulenz ist Egestogen ein mit Sicherheit wirkendes Mittel. Die gärenden Substanzen werden alkalisiert, auf die Schleimhäute wird einestells adstringierend, andernteils sedativ eingewirkt. Dadurch wird ihre Erregbarkeit herabgesetzt und die Quelle der Gärung vor allem selbst zum Versiegen gebracht. Bei der Gärungsdyspepsie dient das Egestogen gleichzeitig der zweiten Indikation, der Heilung des Katarrhs. Der günstige Einfluß des Mittels auf den Darm konnte mit voller Regelmäßigkeit festgestellt werden und wurde von allen Kranken lobend hervorgehoben. Wenn starke Gärungen eine höhere Dosis erforderten, zeigte sich bisweilen trotz des Gehalts des Mittels an Phenolphthalein eine gewisse Neigung zur Verlangsamung der Entleerungen. Bei der Gärungsdyspepsie mit den meist gehäuften Entleerungen war dies durchaus willkommen, weil hier die Verlangsamung des Stuhles in der Regel proportional dem Heilungsvorgang ging. Beachtung erheischt der Zustand des Magens. Denn es ist bekannt, daß Kalk und Kohle die Fermente binden; und durch Untersuchungen von Strauss u. a. ist festgestellt worden, daß z. B. ein Probefrühstück mit absorbierenden Substanzen bei der folgenden Ausheberung geringere Werte an Säure und Fermenten liefert als ein gewöhnliches. Aus diesem Grunde ist es notwendig, wenn durch Ausheberung Sub- oder gar Anazidität festgestellt wurde, im allgemeinen die Menge von 3 mal täglich 2 Tabletten, welche nur einen sehr geringen ferment- sowie säurebindenden Einfluß hat, nicht zu überschreiten. Man kann ihn so gut wie ganz vermeiden, wenn man vor dem Essen irgendein Stomachikum, etwa 30 Tropfen Chinatinktur, nehmen läßt und die Tabletten dann während der Mahlzeit gibt, eine Form des Einnehmens, die überhaupt zu bevorzugen ist, weil sie die

antifermentative Wirkung im Darne, auf die es ja in allererster Linie ankommt, nicht beeinträchtigt und die absorbierende im Magen, welche meist sicher nicht notwendig ist, vermindert oder wenigstens auf ein Minimum beschränkt.

(M. m. W. 1919 Nr. 19.)

Erfahrungen mit der Tuberkulosevakzine Friedmann, insbesondere bei Wirbelsäulentuberkulose. Von San.-Rat Dr. Max Blumenthal. 9 Fälle von Spondylitis, und zwar nicht einmal immer frischer, zeigten recht gute Resultate.

(B. kl. W. 1919 Nr. 16.)

Ein durch das Friedmannsche Tuberkuloseheilmittel geheilter Fall von Nieren- und Blasentuberkulose. Von Dr. Arthur Philipsborn, Nowawes. Schwerer Fall, schon längere Zeit bestehend.

(Ibidem.)

5¹/₂-jährige Erfahrungen über das Friedmannsche Mittel bei Lungentuberkulose. Von San.-Rat Dr. Victor Bock in Charlottenburg.

1. Das Friedmannsche Heil- und Schutzmittel ist ungefährlich.
2. Frühfälle von Tuberkulose werden restlos ausgeheilt.
3. In den durch Friedmann-Impfung geheilten Fällen konnte Verf. eine Dauerheilung bis zu 5¹/₂ Jahren konstatieren.

(D. m. W. 1919 Nr. 31.)

Malafebrin, ein wirksames Mittel gegen die Grippe. Von Dr. Rudolf Salomon in Frankfurt a. M. Als Blutdesinfiziens galt es, ein Mittel zu wählen, welches die im Blute kreisenden Bakterien bzw. Parasiten vernichtet durch Gerinnung der Bakterienleiber. Hergestellt wird es in der Chemischen Fabrik „Cefadosa“ (Frankfurt a. M.) durch ein Verfahren, in dem die Substanzen: Pitayin sulfuricum, Pyrazolon phenylum dymethylicum cum Thein, Calcium phosphoricum, Magnesia usta in bestimmten Mengenverhältnissen zum Schmelzen und zu Umsetzungen gebracht werden. Das Präparat erwies sich als vollkommen unschädlich, wenn auch ganz vereinzelt sich eine gewisse Idiosynkrasie zeigte. Es läßt sich gut mit jedem anderen Arzneimittel kombinieren, und können daher gleichzeitig Herzmittel appliziert werden. Aus den günstigen Erfolgen geht unzweifelhaft hervor, daß Malafebrin das beste und fast einzige Präparat ist, das eine hohe Zahl von Heilungen erzielt, so daß man von einem spezifischen Mittel gegen die Grippe sprechen kann.

(D. m. W. 1919 Nr. 20.)

Optochin bei Kinderpneumonie (19 Kinder 1—12 Jahre alt) hat Dr. F. Schotten, Cassel, angewandt und günstige Beeinflussung des Krankheitsprozesses gesehen. Dosierung: 3 mal 0,1 g täglich (Gesamtdosis nie über 1 g), in Himbeersaft oder Zuckerwasser (erst 1 Löffel süße Flüssigkeit allein, dann noch einen, in dem das Pulver ist). Ob Optochin. basic. oder hydrochloric., gleichgültig. Nie Sehstörungen. (Kinder-Arzt 1919 Nr. 4.)

Zur Grippebehandlung. Von Dr. Zadek (Berlin). Verf. ist Gegner jeder Polypragmasie. Er hat an der Grippe kaum jemanden verloren, obwohl schwere Fälle unter seinen 100 Pneumonien waren, Greise, Säuglinge, Tuberkulöse, Herzranke. Er schreibt darüber: „Es sind im wesentlichen zwei Maßnahmen, denen ich die besseren Ergebnisse meiner Behandlung zuschreibe, eine negative und eine positive. Die Unterlassung besteht im Verzicht auf alle Opiumpräparate — bei noch so quälendem Husten!, von dem so beliebten Kodein angefangen bis zu den Morphininjektionen. Das ist eine Erfahrung, die sich bei mir im Laufe der Jahre immer mehr gefestigt hat, weil ich bei dieser so verführerisch naheliegenden, von vielen Kollegen bevorzugten symptomatischen Therapie immer nur Verschlimmerungen, ein Absteigen des Katarrhs gesehen habe. Bei bereits fiebernden, bettlägerigen Kranken mit Katarrhen der Luftwege und Lungen suche ich Morphinum und seine Derivate stets zu vermeiden — solange noch die Hoffnung besteht, den Patienten zu erhalten. Man kommt mit anderen harmlosen Mitteln, expektorierenden Tees, Salmiakpräparaten, Sanitol und Mentholdragées, Hitzeanwendung, Verbot des Sprechens, der Staubentwicklung, der künstlichen Beleuchtung usw. auch ohne die Opiate aus, freilich gegen den Willen des Patienten, aber zu seinem Heil. Die positive Maßnahme besteht in der strikten Durchführung einer aufrecht sitzenden Haltung des Kranken — bis zum Verlassen des Bettes. Bei jeder beginnenden Influenza lasse auch ich den Kranken das Bett hüten — trotzdem ich einige überraschend gute Erfolge selbst bei bis dahin ambulanten Pneumonien gesehen habe — und im Bett schwitzen (mit Einpackungen, Wärmekruken und schweißtreibenden Tees, womöglich ohne Zuhilfenahme von Salizyl, Antipyrin oder Pyramidon). Sobald aber der Kehlkopf befallen wird und insbesondere die Rima glottidis überschritten ist, lasse ich den Patienten das Bett nur noch auf Stunden aufsuchen. Die Stimmritze spielt gegenüber dem Infekt von oben etwa die Rolle des Orificium internum uteri gegenüber den Gonokokken und Streptokokken. Sind diese natürlichen Barrieren von dem von außen eindringenden Feind überschritten, so gibt es kaum ein Halten mehr — wie unten das Cavum uteri, Tuben

und Peritoneum fast schutzlos der fortschreitenden Infektion preisgegeben sind, so oben Bronchien und Pulmones, nur mit dem bemerkenswerten Unterschiede: während bei der Genitalorganerkrankung nur strikte Bettruhe vor dem Aufsteigen der Entzündung schützt, begünstigt bei den Atmungsorganen die horizontale Lage das Absteigen des Krankheitsprozesses. Sobald die Trachea erkrankt ist, müssen die Kranken das Bett verlassen und auf dem Sofa, Lehnstuhl oder dergleichen die Nacht senkrecht sitzend kampieren, so gut oder so schlecht es geht. Gewöhnlich gelingt das auch — nach einiger Verwunderung — durchzusetzen und dann ist der Patient gerettet. Husten und Expektoration ändern ihren Charakter, die Atmung wird frei, das Herz entlastet. Der Kranke kommt mit wenigen Tagen dieses ungewohnten Verzichts auf den Schlaf im Bett aus, wenn es noch nicht zur Lungenentzündung gekommen ist, er muß eine oder mehrere Wochen lang sitzend, den Kopf auf den Tisch gelagert, zu schlafen versuchen, wenn der Katarrh bereits auf die Lungen übergegangen ist und das Fieber andauert — das junge Mädchen, dessen Kurve ich wiedergebe, hat 5—6 Wochen lang nicht das Bett aufsuchen können, es hat durchgehalten und ist trotz der bereits auf eine Eiterung hindeutenden Temperaturen mit intermittierendem Charakter völlig gesund geworden. Nicht immer findet man bei dem Kranken und dessen Angehörigen diese Bereitwilligkeit, dem Verbot, nachts das Bett aufzusuchen, Folge zu leisten, insbesondere nicht, wenn die Füße anschwellen, wie es nicht selten vorkommt. Dann kann man einen Turnus einrichten, indem der Patient abwechselnd für 3 Stunden das Bett aufsucht und wieder verläßt. Sobald das Liegen eingestellt wird, erübrigt sich fast jede Medikation, das Senegadekokt wird ebenso wie die Digitalis entbehrlich, und die nun bessere Nahrungsaufnahme (seltene kleine laktovegetabile Mahlzeiten ohne Getränke!) bei Zuhilfenahme täglicher leichter Abführmittel wirkt so belebend, daß auch Koffein und Kampfer subkutan fortgelassen werden können. Von größter Wichtigkeit aber ist bei den außerhalb des Betts sitzenden Kranken die Verhütung von Abkühlung besonders des Nachts. Insbesondere der Unterkörper muß durch Einhüllung in wollene Decken, eventuell Federkissen, und Aufstellen der Füße auf eine Fußbank vor Abkühlung durch den Fußboden geschützt werden. Das Fenster zu öffnen vermeide ich, solange der Kranke im Zimmer sitzt, es geschieht entweder, wenn derselbe in einen andern Raum vorübergehend untergebracht werden kann, oder während der Stunden, die er im Bette ist. Dagegen darf der Raum nicht überheizt werden und insbesondere nicht der Patient am Ofen oder in der Nähe desselben oder auf einem Wärmkörper sitzen, wozu große

Neigung vorhanden ist. Von Wichtigkeit ist auch die Einwirkung auf die Haut. Hydropathische Prozeduren, Kreuzwickel um die Brust zur Erleichterung der Expektoration, die Anregung der Diaphorese durch Packungen und Wadeneinwicklungen mit Unterstützung von Glühwein oder Grog und darauf folgende kalte Abwaschungen und Frottierungen bringen den Stoffwechsel, die Ausscheidung der Toxine und Bakterien in Gang und verhüten sicherlich oft genug Schlimmeres: das Fortschreiten der Entzündung, das Eitrigwerden von Exsudaten, die Stenose der Atemwege, von Nase, Kehlkopf, Bronchien, die Erkrankung der Muskeln und Nerven, der Knochen und Gelenke, der Nieren, des Herzens. Auch um dem sitzenden Kranken das Schlafen außerhalb des Bettes zu erleichtern, lasse ich erforderlichenfalls zur Nacht heiße alkoholische Getränke verabreichen; gelegentlich dürfen auch Hypnotika gereicht werden, die freilich Schaden anrichten können, wenn der Schlafende dadurch veranlaßt wird, in die fehlerhafte Stellung, zum Liegen überzugehen. (B. kl. W. 1919 Nr. 12.)

Behandlung der Katarrhe der Atmungsorgane mit Nebennierenextrakt. Von Oberstabsarzt Dr. Diesing (Facharzt für Lungenkrankheiten in Hamburg). Den naheliegenden Gedanken, die entzündeten und übermäßig durchbluteten Schleimhäute der Atmungswege mit Hilfe von Nebennierenpräparaten zu anämisieren und so dem Kardinalsymptom der Entzündung, der übermäßigen Durchblutung, entgegenzuwirken, hat Verf. seit 1913 in die Praxis übertragen, indem er bei Katarrhen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs die erkrankten Schleimhäute mit einer 1 %igen Adrenochromlösung gepinselt hat. Dieses nicht mehr neue, aber wenig bekannte Präparat wählte er, weil das Adrenochrom in seiner Wirkung sich wesentlich von den reinen Adrenalinpräparaten unterscheidet, indem es nicht nur das Adrenalin, sondern alle Lipide und in ihnen den gesamten Mineralkomplex der Nebenniere enthält, der pharmakodynamisch von hohem Werte ist. Dieser hohe Schwefelgehalt der Nebenniere, mit dem sie alle Organe des tierischen Organismus mit Ausnahme der Haut und ihrer sekundären Gebilde bei weitem übertrifft, erscheint von großer Bedeutung für die Pharmakodynamik der Nebennierenextrakte. Der Schwefel wird beim Zusammentreffen mit dem alkalischen Schleim der Luftröhre entsprechend der vorhandenen Alkalimenge in Schwefelalkalien, vorwiegend in Natriumsulphydrat umgewandelt, und dieses wirkt wasserentziehend auf die Schleimhaut. So wird der Schleim mehr oder weniger verflüssigt und kann ohne Anstrengung entleert werden. Das Adrenochrom führt also eine Anämisierung der Schleimhaut — und eine Verflüssigung des Schleimes in der Luft-

röhre herbei, ebenso wie der feinpulverisierte Schwefel im Darm durch Bildung von Schwefelalkali eine Verflüssigung und leichtere Entleerung des Darminhalts bewirkt. Dieser theoretischen Anschauung entsprach durchaus der praktische Erfolg der Adrenochromapplikation auf die katarrhalischen Schleimhäute. Sofort nach der Pinselung traten im Anschluß an die Anämisierung eine Ab-schwellung und Abblassung der Schleimhaut ein, der unmittelbar ein bis zwei Hustenstöße folgten, die von so reichlicher Schleim-entleerung gefolgt waren, daß der Kranke für eine Reihe von Stunden von Husten und Auswurferscheinungen verschont blieb. Die tägliche Wiederholung der Pinselung brachte in den meisten Fällen die einfachen Erkältungskatarrhe in einigen Tagen zum Schwinden, im Anfangsstadium genügte oft eine einzige gründliche Pinselung. Chronische Katarrhe bedürfen natürlich einer längeren Behandlung. Um die Wirkung der Pinselungen noch nachhaltiger zu gestalten, ließ Verf. gleichzeitig Inhalationen mit einer 1‰igen Adrenochromlösung machen und einige Tage oder Wochen nach dem Abschluß der Pinselungen weiter fortsetzen. Dabei machte er wiederholt die Beobachtung, daß neben dem Rachen- oder Kehlkopfkatarrh bestehende Bronchitiden und Lungenkatarrhe zur Abheilung kamen. Diese Beobachtung führte ihn dazu, auch bei Lungentuberkulose diese Inhalationstherapie systematisch zur Anwendung zu bringen, und er kann nun nach 6jähriger Erfahrung an hundertten von Fällen sagen, daß ihm in der Behandlung der Tuberkulose keine Therapie bessere Dienste geleistet hat als die Adrenochrominhalation. Er läßt die Kranken 3 mal täglich 5 Minuten lang mit dem einfachen und auch nicht zu teuren Hentschelschen Apparat inhalieren, der durch eine kleine Fingerdruckpumpe betrieben wird. Die mit Spiritusflamme betriebenen Apparate, bei denen das Medikament durch ausströmenden Dampf mitgerissen wird, sind für Adrenochrom nicht brauchbar, da die Lipide bei 52° Celsius zerstört werden. Die Therapie erfordert nur wenig Zeit; der einmal mit der Lösung beschickte Apparat bleibt dauernd verwendungsbereit. Die Kranken geben sich mit Eifer dieser Therapie hin, da sie die Beschwerden sofort lindert und ihre günstige Wirkung durch schnelle Herbeiführung der Expektoration ad oculos demonstriert. Verf. hat nicht nur manche prompte Heilung bei Fällen des ersten und zweiten Stadiums gehabt, sondern auch noch bei weit vorgeschrittener Lungentuberkulose Stillstand des örtlichen Krankheitsprozesses, Senkung des Temperaturniveaus und weitgehende Besserung des Allgemeinbefindens erzielen können. Des öfteren konnte er die Beobachtung machen, daß die auskultatorischen Erscheinungen beträchtlich zurückgingen, während die perkutorischen Grenzen der Krankheitsherde so gut wie un-

verändert blieben, daß also käsig-pneumonische Formen in bindegewebig-zirrhatische Formen übergingen. Damit war für die Kranken viel gewonnen, sie wurden weniger von Husten und Auswurf belästigt, konnten sich freier in der Öffentlichkeit bewegen und wieder einer leichten Beschäftigung nachgehen. Sehr Gutes hat die Adrenochrominhalation bei den jetzt so häufig zu beobachtenden chronischen Bronchial- und Lungenkatarrhen nach Grippepneumonie geleistet. Diese vorzugsweise in den Unterlappen lokalisierten, recht hartnäckigen Restkatarrhe schwanden meist in 3—4 Wochen, wenn auch nicht immer völlig; ungefähr bei der Hälfte der Fälle wurde nur eine Austrocknung der Katarrhe erzielt, es blieb ein leises Giemen und zuweilen ein feinblasiges Randrasseln dauernd bestehen, ohne daß die Kranken davon belästigt wurden. Bei Bronchiektasien und putriden Bronchitiden konnte das Präparat seine Wirkung am sinnfälligsten entfalten. Die Entleerung der großen Sekretmassen und die Beseitigung des Fötors gelangen in allen Fällen überraschend schnell. Mit Beseitigung dieser Symptome war erreicht, was bei diesen Leiden erreichbar ist. Machten sich nach Verlauf von Tagen oder Wochen diese höchst lästigen Symptome wieder bemerkbar, so genügten einige rechtzeitig ausgeführte Inhalationen, um den Zustand der Symptomenfreiheit wieder für längere Zeit herbeizuführen. Auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen kann Verf. das Adrenochrom zu Pinselungen der Schleimhäute der Nase, des Rachens und Kehlkopfs und zur Inhalation bei den obengenannten Affektionen der Bronchien und Lungen durchaus empfehlen.

(D. m. W. 1919 Nr. 22.)

Ueber Amalah. Von Prof. Dr. P. Heymann, Berlin. Bei einem Falle von sehr hartnäckiger Bronchitis, bei dem fast alle gebräuchlichen Mittel ohne wesentlichen Erfolg schon in Anwendung gezogen waren, wurde Verf. durch einen befreundeten Kollegen veranlaßt, einen Versuch mit dem ihm bis dahin nicht bekannten Amalahextrakt zu machen. Während des Gebrauchs dieses Mittels trat wider Erwarten eine rasche, weitgehende Besserung ein. Um nun festzustellen, ob es sich hier nur um ein post hoc oder auch um ein propter hoc gehandelt habe, hat Verf. das Mittel in einer Reihe von ähnlichen Fällen angewendet mit im ganzen so günstigen Resultaten, daß er von dem Anerbieten der Firma Dr. Eder & Co., ihm zu systematischen Versuchen genügendes Material zu liefern, gern Gebrauch gemacht hat. Er hat nun in den letzten Jahren nahezu 200 Patienten seiner Poliklinik, die an den verschiedensten Affektionen der Luftwege kranken, mit den Amalahpräparaten behandelt und kann bestätigen, daß sie sich bei der größten Mehr-

zahl der Fälle ausgezeichnet bewährt haben. Er möchte vorher bemerken, daß seine Erfahrungen mit Amalahtee nur gering sind; fast alle Patienten haben Amalahextrakt bekommen, daß er aber einen wesentlichen Unterschied in der Wirkung der beiden Präparate nicht hat feststellen können. Nach Angabe des Dr. Eder ist der Amalahtee in der Wirkung schwächer. In der Grundlage des Extraktes sind angeblich noch einige Kräuter enthalten, die in dem Tee fehlen, und der Extrakt wird aus der Droge teils durch Abkochung, teils als Perkolat gewonnen. Auf diese Weise sollen noch einige Stoffe, namentlich ätherische Oele, denen eine besondere Wirkung auf die Expektoration zugeschrieben wird, in die Flüssigkeit übergehen, die bei der üblichen Bereitungsweise im Tee nicht enthalten sind. Nach den Angaben des Herrn Dr. Eder handelt es sich um eine Zusammenstellung von Kräutern, die in ähnlicher Weise in Ungarn und in östlich davon gelegenen Ländern seit längerer Zeit erfolgreiche Anwendung finden. Die Droge setzt sich zusammen aus: *Centaurea cerynthefolia* 50 pCt., *Asteris inguinalis* 20 pCt., *Herba Polygalae* 3 pCt., *Drosera rotundiflora* 5 pCt., *Lichen islandicus* 7 pCt., *Herba Absynthii* 10 pCt., *Flores Chamomillae* 5 pCt. Verf. hat das Mittel im wesentlichen bei Bronchitis und bei anderen Erkrankungen der oberen Luftwege angewendet, es hat sich als ein sehr gutes Expektorans bewährt. Der Auswurf wurde leichter, dünnflüssiger und nahm nach anfänglicher Vermehrung in den meisten Fällen rasch ab. Der Hustenreiz wurde weniger krankhaft und ließ allmählich nach. Ganz besonders wirksam erschien das Präparat bei den „Hustenkrankheiten“, welche bei der eben abgelaufenen Grippeepidemie so außerordentlich häufig waren. In den allermeisten Fällen besserte sich das Befinden der Patienten auffällig rasch, der Husten ließ nach, die Absonderung verminderte sich, und schoben die Kranken selbst diese Wirkung auf das Heilmittel. Auch objektiv konnte man eine Abnahme der Rasselgeräusche auf den Lungen, ja sogar in vielen Fällen mit dem Spiegel ein merkliches Abblassen der geröteten Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre, weniger des Rachens nachweisen; eine Besserung, die viel schneller vor sich ging, als Verf. mit den bisher üblichen Mitteln zu sehen gewohnt war und auch bei Kontrollpatienten feststellen konnte. Vielfach hat sich eine Kombination des Mittels mit Narkoticis — Morphinum oder Kodein — als besonders nützlich erwiesen. Aber auch bei anderen, mit Husten und Auswurf einhergehenden Krankheiten war die Anwendung von Amalah von Erfolg. So haben verschiedene Patienten mit Tuberkulose oder mit Asthma selbstverständlich keine Heilung, aber doch eine Erleichterung des Auswurfes und eine Verminderung des krampfhaften Hustenreizes be-

richten können. Ganz besonders interessant war, um noch einmal auf die Grippeepidemie zurückzukommen, daß bei einigen Fällen von akuter Otitis media mit stark gerötetem, geschwellenem Trommelfell im Gefolge von Grippe auch das Abklingen der Entzündung sich unter dem Einfluß des Mittels rascher abzuspielen schien, als bei den nicht so behandelten Fällen. Auf den Zustand der Mandeln hat das Mittel anscheinend keinen Einfluß. Der Amalahextrakt ist leidlich wohlschmeckend und wird von den Patienten gern genommen. Eine günstige Wirkung auf Appetit und Magen, wie von einigen Beobachtern gerühmt wird, hat Verf. allerdings nicht feststellen können. Wenn ferner einige Beobachter sogar eine Heilwirkung bei Lungenblutungen angeben, so kann Verf. seinerseits keine derartigen Erfahrungen zur Seite stellen. Wenn das Mittel hierbei von Nutzen gewesen ist, so ist diese Wirkung wohl wesentlich auf die Verminderung des Hustenreizes zu beziehen. Ueber die Behandlung von Keuchhusten hat Verf. wenig Erfahrung. Er hat das Mittel bei 2 Fällen angewendet, die verhältnismäßig gut und rasch verlaufen sind, jedoch ist die Zahl der Fälle viel zu gering, um Schlüsse daraus zu ziehen. Der allgemeinen Einführung des Mittels steht zurzeit der sehr hohe Preis im Wege. Doch ist Verf. mitgeteilt, daß der Preis sich bei Wiederherstellung normaler Verhältnisse im Frieden derartig wird herabsetzen lassen, daß das Extrakt sogar in der Kassenpraxis angewendet werden könne. (B. kl. W. 1919 Nr. 21.)

Zuckerinjektionen gegen Hyperhidrose der Phthisiker.
 Von Dr. Otto Paul Gerber (Chefarzt der Tuberkuloseabteilung am Kriegsspital Nr. III in Wien). Es handelt sich um eine 50 %ige Lösung von Rohrzucker in sterilem Wasser mit Zusatz von 2 Prom. Novokain. Appliziert wurden 10 ccm in die Glutaei. Fast stets genügt eine einzige Injektion für Wochen, und nur in einem oder anderen Falle mußte die Injektion nach 4—7 Tagen wiederholt werden. Manchmal entwickelte sich im Anschluß an die Injektion an der Stichstelle ein ungefähr 48 Stunden währendes, etwas schmerzhaftes Infiltrat, das jedoch ohne oder unter Kältewirkung restlos ohne Suppuration verschwindet. Sonstige unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Behandelt wurden bisher 22 Fälle von Hyperhidrosis bei meist vorgeschrittenen Phthisikern, spezifischer Peritonitis u. a. Mit Ausnahme eines einzigen Kranken, Kombination von Malaria mit offener Tuberkulose, trat bei 17 Fällen sofort ein Versiegen der profusen Schweißabsonderung ein, das meist über Wochen andauerte. Die restlichen 4 Patienten gaben an, daß sie auffallend weniger von Schweiß belästigt waren als vor der Zuckerinjektion. Wohnt allerdings der

Bewertung subjektiver Empfindungen nicht immer unbedingte Beweiskraft inne, so lauteten die Angaben der Patienten sowohl, als die Beobachtung des Pflegepersonals — insbesondere bezüglich der Durchnässung der Leibwäsche — so bestimmt im Sinne einer einwandfrei günstigen Beeinflussung der Schweißbelästigung durch die Zuckerinjektion, daß es angebracht erscheint, das an und für sich unschädliche Verfahren zur Nachprüfung zu empfehlen. Wodurch die Wirkung der Rohrzuckerlösung auf die Hyperhidrose zu erklären ist, darüber konnte Verf. bisher keinen sicheren Anhaltspunkt gewinnen. Eine in Betracht kommende Vermehrung der Tagesmenge des Harnes, der übrigens auch chemisch keine bemerkenswerte Veränderung aufwies, war niemals zu konstatieren.
(M. m. W. 1919 Nr. 24.)

Zur Behandlung der Lungengangrän mit Salvarsan. Von Prof. Dr. Oskar Groß (Aus der Medizinischen Klinik zu Greifswald). Wie bei früheren Fällen konnte auch bei einem weiteren sehr ausgesprochenen Fall ziemlich akut entstandener Lungengangrän, bei der es zu einer großen Höhlenbildung mit Plätschengeräuschen gekommen war, durch intravenöse Salvarsaneinspritzung innerhalb kurzer Zeit eine vollkommene Heilung erzielt werden. Dieses dokumentierte sich zunächst an dem Verschwinden der elastischen Fasern und des fötiden Geruchs aus dem Sputum, das allmählich innerhalb von 2 Monaten vollkommen verschwand. Der röntgenologische Befund ergab den Beweis für die wirkliche komplette Ausheilung.
(M. m. W. 1919 Nr. 31.)

Zur Pathogenese und Therapie des Morbus Basedowii. Von J. Pick, Charlottenburg. Verf. hat im Jahre 1910 eine an Basedow erkrankte Dame von 42 Jahren, die außerordentlich schwer unter kardialer Dyspnoe litt, und bei der die Struma einen ziemlich hohen Grad erreicht hatte, zum ersten Male mit Unterdruckatmung behandelt und unmittelbar nach der ersten Sitzung einen sichtbaren Erfolg zu verzeichnen gehabt. Der günstige Effekt, der zunächst in gleichmäßiger und ruhiger Atmung bestand, veranlaßte Verf., die Patientin täglich mit dieser Methode zu behandeln. Nach etwa 14 Tagen machte er die überraschende Entdeckung, daß die Struma um 4 cm zurückgegangen war. Genaue Messungen ergaben dieses Resultat, aber auch die Patientin selbst merkte an dem Engerbinden ihres Samthalsbandes den Rückgang der Schilddrüsenschwellung. Die Herzpalpitationen ließen ferner nach, und auch der Exophthalmus wies nicht mehr den früheren hohen Grad auf. Verf. hat nun im Laufe der letzten 8 Jahre an einer großen Zahl von Basedowkranken dieselbe günstige Beobachtung machen

können. Außer dem Zurückgehen der Trias wurden die Patienten frischer und lebensfroher, weil auch die Anämien sich zurückzubilden schienen. — Die Wirkung dieser Behandlungsmethode erklärt Verf. sich nun auf folgende Weise: Durch die Unterdruckatmung wird das Blut von der Peripherie nach den Lungen bzw. nach dem Herzen angesaugt und die hyperämische Schilddrüse durch intensive Anwendung dieser Behandlungsart entlastet und eine Verkleinerung derselben in die Wege geleitet. Durch die Verstärkung des Saugphänomens der Lungen wird ferner ein größerer Blutabschnitt der linken Herzkammer zugeführt und durch das größere Herzschlagvolumen die Zahl der Kontraktionen der Herzkammer herabgesetzt und die Kontraktionen außerdem gleichmäßiger. Daß der Herzmuskel als solcher sich außerdem noch kräftigt, haben Bruns und Pick in früheren Jahren schon berichtet. Erfahrungsgemäß wird durch Unterdruckatmung ein Teil des Körperfettes zum Einschmelzen gebracht, und so dürfte wohl auch die Hyperplasie des bulbären Fettgewebes dadurch mitbetroffen werden und eine Retraktion der Bulbi veranlassen. Die Unterdruckatmung ist gewissermaßen als eine Nachahmung des Hochgebirgsklimas anzusehen, unter dessen Einfluß bekanntlich eine Teilung der Blutzellen bei Anämien beobachtet wird. Es ist daher begreiflich, wenn eine Besserung der Anämie konstatiert werden kann.

(Allg. m. Zztg. 1919 Nr. 10.)

Vialonga - Wurmperlen (wirksames Prinzip: *Ol. Chenopodii anthelminth.*) hat Dr. C. Rosenthal (Karlsruhe i. B.) als gut wirkendes Wurmmittel ohne Nebenerscheinungen schätzen gelernt. Bei Spulwürmern 1malige Kur genügend, bei Madenwürmern 3—4 malige Wiederholung mit je 10 tägigen Pausen.

(Allg. m. Ztg. 1919 Nr. 27.)

Haemarsin¹⁾, wohlschmeckendes Präparat aus **Kakodylsäure, glyzero-phosphorsaurem Kalzium und Strychnin**. Von Prof. Dr. med. Rahel Hirsch (Aus der II. medizinischen Klinik des Charité-Krankenhauses). Das Präparat hat Verf. während der Dauer der Kriegsjahre mit ausgezeichnetem Erfolg angewendet. Wie sich ohne weiteres aus der Zusammensetzung ergibt, kommen für die Verordnung Fälle von Anämie, Erschöpfungszuständen, Unterernährung in Betracht. Die Kranken nahmen durchschnittlich 3 Monate lang hintereinander ohne Pause das Präparat ein, ohne über Magen-Darmstörungen zu klagen. Verabreicht wurde 3 mal täglich 1 Eßlöffel nach dem Essen. Außerordentlich bewährt

¹⁾ Hergestellt von der Friwa-Gesellschaft, Berlin, Luisenstr. 19.

hat sich auch das Haemarsin in ähnlicher Zusammensetzung für die subkutane oder intramuskuläre Anwendung. Es kommt dafür in sterilen Ampullen in den Handel. Für die Injektionszwecke wird nicht das Kalziumsalz, sondern Natriumglycero-phosph. verwendet. Es sei darauf hingewiesen, daß das Haemarsin auch kombiniert mit Guajakol bzw. Lecithin im Handel befindlich ist. Das Haemarsin-Guajakol speziell hat sich gut bewährt.

(Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 6.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Atophan bei Hautkrankheiten. Von Priv.-Doz. Dr. Richard Frühwald (Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig). Verf. möchte über die Anwendung des Atophans bei einigen Krankheiten berichten, bei denen er in der hiesigen Klinik und Poliklinik ganz ausgezeichnete Erfolge gesehen hat. Das sind Urtikaria, Strophulus und Prurigo. Man gibt Atophan in Dosen von 3—4 g beim Erwachsenen (bei Kindern dem Alter entsprechend weniger) durch 3—4 Tage hindurch; eine länger dauernde Verabfolgung hat keinen Zweck. Es gelingt stets, den Anfall von Urtikaria und Strophulus in dieser Zeit zu beseitigen. Wenn der Anfall wieder kommt, so ist der Effekt stets der gleiche. Ganz besonders bemerkenswert ist aber die Wirkung des Atophans bei Prurigo. Atophan wird in den obenerwähnten Dosen gegeben. Der Erfolg ist überraschend. Sofort hört die Bildung der Prurigo-knötchen auf, das Jucken verschwindet, und infolgedessen heilen die Kratzeffekte ab. So kann ein Anfall von Prurigo, zu dessen Beseitigung wir sonst mehrere Wochen gebraucht haben, in einer Woche erledigt werden. Rückfälle werden durch Atophan freilich nicht verhindert; sie sind aber stets leicht zu bekämpfen. Für eine Dauerbehandlung eignet sich Atophan nicht, da seine Wirkung sonst abnimmt und da es doch reizend auf die Nieren wirken kann. Diese Dauerbehandlung wird am besten mit Kalkpräparaten vorgenommen.

(Derm. Wschr. 1919 Nr. 27.)

Antisykon gegen Bartflechte. Von Dr. med. Friedrich Schaefer in Breslau. Verf. möchte auf das Antisykon (Hersteller: Chemische Fabrik Haidle & Maier in Stuttgart) aufmerksam machen, das er in einer ganzen Reihe von Fällen mit so ausnahmslos gutem und einige Male so verblüffend raschem Erfolge angewandt hat, daß es mit vollem Rechte als Spezifikum gegen diese Krankheit bezeichnet werden darf. Auch gegen andere infektiöse Hautkrankheiten leistete das Mittel wiederholt gute Dienste. Es bewirkt ein rasches Abschuppen der erkrankten Stellen, sofortiges

Nachlassen des Juckreizes, dabei zeigt es deutlich epithelisierungsfördernde Wirkung. Die Anwendung des Antisykons ist sehr einfach. Die erkrankten Stellen und ihre Umgebung werden 2 bis 3 mal täglich damit bepinselt oder besser abgerieben. Auf empfindlicher Haut verursacht es zuerst ein rasch vorübergehendes Brennen. In allen 28 von Verf. im Laufe von 5 Monaten damit behandelten Fällen zeigte sich schon nach wenigen Pinselungen eine überraschende Besserung. Die Krankheit griff nicht weiter um sich, die erkrankten Stellen schuppten sich ab, und darunter bildete sich sofort wieder gesunde Haut. In manchen Fällen erwies sich zeitweiliges Einfetten der betreffenden Stellen nach dem Verdunsten der Flüssigkeit als vorteilhaft. Auch Aufpudern von sterilem 5% Zibosal-Bolus nach der Pinselung war von günstigem Einflusse. In 3 besonders schlimmen, vernachlässigten Fällen leistete eine über Nacht aufgelegte Salbe aus Sulfur. subl. sht. pulv. 5,0, Zibosal 0,5, Ungt. adip. lanæ oder simpl. ad 50,0 nebst der Antisykon-Behandlung gute Dienste. Meist genügte eine Originalflasche Antisykon zur vollständigen Heilung. Leichtere Fälle heilten in der Regel in 8—14 Tagen vollständig aus. In den schwersten Fällen dauerte die Behandlung bis zur völligen Heilung nie mehr als einen Monat. Rückfälle kamen bis jetzt nicht vor. (Ther. Mh. 1919 Nr. 6.)

Die Behandlung syphilidogener Geisteskrankheiten mit Silbersalvarsan. Von Dr. Erich Friedlaender (Aus der Lind-schen Staats-Irrenanstalt Lindenhaus bei Lemgo).

1. Nach einer entsprechenden Beobachtung erscheint es möglich, daß bei einer intermittierenden Behandlung mit Silbersalvarsan gelegentlich der ersten Injektion wiederholter Serien die Gefahr anaphylaktischer Erscheinungen in Frage kommt; es dürfte sich empfehlen, bei einer jeden neuen Serie erst mit einer kleinen Dosis zu beginnen, um zunächst die Ueberempfindlichkeit zu durchbrechen.

2. Bei der Behandlung der syphilogenen Geisteskrankheiten können die Einzeldosen des Silbersalvarsans bei klinischer Behandlung ohne jede Gefahr bis auf 0,6 g gesteigert werden; die intravenöse Injektion kann bei diesen Kranken auch ohne Nebenerscheinungen in konzentrierten Lösungen von 5—10 ccm Menge erfolgen.

3. Gegen eine Kombination mit Quecksilber und Jod bestehen bei diesen Kranken keine Bedenken. (D. m. W. 1919 Nr. 18.)

Die kombinierte Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Von Dr. Heinrich Loeb, Chefarzt der dermatologischen Abteilung des

Allgemeinen Krankenhauses in Mannheim. Es gelingt durch die Abortivtherapie mit 10 % iger Protargollösung die Gonorrhoe in 4 % der geeigneten Fälle abortiv, außerdem in 24 % beschleunigt, zur Heilung zu bringen. Diese Resultate werden durch Kombination der Behandlung mit „Arthigon extrastark“ auf 59 bzw. 22 % (zusammen 81 %) gesteigert. Je früher nach Ausbruch der Erkrankung die Patienten zur Behandlung kommen, je kürzer die seit der Infektion verstrichene Zeit war, um so besser ist die Aussicht auf Erfolg. Bereits mehrmals Erkrankte bieten eine bessere Chance als erstmals Erkrankte. In technischer Richtung spielte sich die kombinierte Abortivbehandlung in folgender Weise ab: Zunächst werden 5 ccm einer 5 % igen Cocain. muriatic.-Lösung mit 5 ccm destilliertem Wasser verdünnt und dazu 5 ccm einer 10 % igen Protargollösung, die man vorrätig haben muß und welche sich einige Wochen brauchbar erhält, zugesetzt. Damit wird — nachdem vorher Glans und inneres Präputium mit 5 % iger Argent. nitr.-Lösung desinfiziert worden — mit der gewöhnlichen Tripperspritze zur Anästhesierung und Reinigung der Urethra eine Injektion auf die Dauer von 10 Minuten gemacht, welche man mit dem Finger oder einem Saugverschluß in der Harnröhre zurückhält. Im Anschluß daran wird eine 2. Injektion mit der unverdünnten 10 % igen Protargollösung auf die Dauer von 10—15 Minuten vorgenommen. Letztere Einspritzung soll von dem Arzte persönlich ausgeführt und zugehalten werden, wobei es nötig ist, die Glans möglichst an der Spitze zu fassen und von Zeit zu Zeit zur Lüftung und Berieselung auch des zusammengepreßten Schleimhautteiles einen kleinen Tropfen der Lösung austreten zu lassen. Unmittelbar im Anschluß daran wird dem Patienten eine intramuskuläre Einspritzung von $\frac{1}{2}$ ccm „Arthigon extrastark“ verabreicht. Der Urin soll erst nach 3—4 Stunden wieder entleert werden. Patient nimmt täglich 2 Urotropintabletten. Nach 5—8 Stunden, möglichst an demselben Tage, ebenso am Morgen des folgenden Tages, wird die Harnröhrenbehandlung in derselben Weise wiederholt. Obwohl die meisten Fälle jetzt schon gonokokkenfrei sind, empfiehlt es sich zur Sicherung des Erfolges am Abend des 2. Tages, event. auch noch am 3. Tage dieselbe Behandlung in abgeschwächtem Maße (mit 5—2 % iger Protargollösung) fortzusetzen, bis zum Eintritt einer serösen oder blutigserösen Schleimabsonderung, welche meistens nur vereinzelte Leukozyten enthält. Am 3. Tage wird eine 2. Injektion von Arthigon extrastark, 1 ccm, verabreicht und, wenn inzwischen nicht vollständige Heilung eingetreten, am 6. bzw. 9. Tage wiederholt. Der Pat. selbst spritzt, wenn keine starke Reizung aufgetreten und Behandlung noch nötig sein sollte, noch einige Tage eine $\frac{1}{2}$ —1 % ige Protargollösung 2—3 mal täglich ein. Wenn

die Kur mißlungen sein sollte, wird dann die Behandlung in der sonst üblichen Weise fortgesetzt. — Bei dieser Gelegenheit möchte Verf. nicht versäumen, von neuem auf die Wichtigkeit der Präventivbehandlung der Frau hinzuweisen, da gerade durch die zur Abortivbehandlung geeigneten Männer im Inkubationsstadium ihrer Erkrankung nicht selten Uebertragungen auf die Ehefrauen herbeigeführt werden. Durch energische vorbeugende Desinfektion (Ausspülungen der Vagina und Vulva mit 2 prom. Sublimatlösung, gründlicher Ausreibung der Portio, Vagina, Vulva und Instillation der Urethra mit 10 % iger Protargollösung, Einlage eines Protargoltampons) ist es in einer größeren Anzahl gelungen, auch bei Schwangeren, das Auftreten gonorrhöischer Erkrankungen zu verhüten. Vielleicht könnte dieser Erfolg durch Kombinationsbehandlung mit Arthigon in erhöhtem Maße gesichert werden.

(M. m. W. 1919 Nr. 25.)

Verschiedenes.

Zur Technik der intravenösen Injektion. Von Dr. Willi Kache in Breslau. Selbst mit einer feinen Kanüle kann das genügend weite Hineingelangen in die Kubitalvene dann schwierig werden, wenn diese selber dünn und schlecht sichtbar ist, oder wenn man vielleicht gar auf eine kleine Vene am Handgelenk oder einen ganz kleinen Varix am Unterschenkel angewiesen ist, weil die Kubitalvene wegen Adipositas oder Oedem sich trotz guter Stauung überhaupt nicht sichtbar machen läßt. In solchen Fällen trifft man vielleicht nach einigem Suchen die Vene, saugt auch eine Spur Blut an, bekommt aber unter Umständen nun bei weiterem Verschieben der Kanüle kein Blut mehr, aus dem einfachen Grunde, weil man die Vene nur tangential getroffen hat, aber nicht in ihr Lumen gelangt ist. Man sucht nun weiter nach dem Lumen der Vene, bekommt aber trotz allen Suchens kein Blut mehr. Das Rätsel löst sich nach dem Herausziehen der Kanüle: sie ist mit geronnenem Blut verstopft. Es gibt nun ein sehr einfaches Mittel, die Blutgerinnung in der engen Kanüle zu verhüten. Aus der Physiologie ist hinlänglich bekannt, daß Blutgerinnung nur bei Berührung mit benetzbaren Körpern eintritt; an Gegenständen jedoch, die mit einer Oel- oder Paraffinschicht überzogen sind, tritt eine Blutgerinnung nicht ein. Diese Tatsache kann man sich nun bei der Venenpunktion zunutze machen, indem man die trockene Kanüle vor der Punktion und vor Einsaugen des zu verabfolgenden Medikamentes mit Oel oder Paraffinum liquidum durchspritzt. Besonders das letztere dürfte sich

empfehlen, da man wegen seiner leicht antiseptischen Eigenschaften eine größere Garantie für seine Sterilität hat. Eine Blutgerinnung in der Kanüle wird auf diese Weise vermieden; man kann unter beständiger Kontrolle durch Ansaugen von Blut die Kanüle genügend weit in der Vene vorschieben, ohne durch eine Verstopfung über die schließlich tatsächlich richtige und gute Lage der Kanüle getäuscht zu werden. Ein schmerzhaftes Infiltrat ist bei der nun folgenden Injektion natürlich ausgeschlossen. Zur Vermeidung einer Embolie ist nach dem Durchspritzen mit Oel bezw. Paraffinum liquidum mehrmaliges Durchspritzen von Luft erforderlich, um alles Ueberschüssige aus Spritze und Kanüle zu entfernen. Diese Vorsichtsmaßregel ist am Platze, da nach reichlichen subkutanen Injektionen von Paraffinum liquidum — in ganz seltenen Fällen allerdings — Embolie tatsächlich beobachtet worden ist. Auch allgemeine und lokale toxische Schädigungen kamen bei diesen großen Dosen vor. Nach dem Durchspritzen mit Luft sind aber die der Kanüle anhaftenden Mengen so winzig, daß eine Schädigung durch dieselben ernsthaft nicht in Frage kommen kann. Tatsächlich hat Verf. denn auch nie die geringste schädliche Nebenwirkung beobachtet. (D. m. W. 1919 Nr. 30.)

Ueber den Wert käuflicher Pepsinpräparate. Von Prof. Oskar Groß (Aus der Medizinischen Klinik der Universität in Greifswald). Experimente mit Pepsinwein, Pepsin-Salzsäuredragées, „Pepsaro“, Azidol-Pepsin zeigten, daß diesen eine peptische Wirkung nicht zukommt, daß man mit ihnen also dem Magen Verdauungsfermente nicht zuführen kann. (D. m. W. 1919 Nr. 30.)

Dürfen Tuberkulose, speziell Lungentuberkulose, der Pockenschutzimpfung unterzogen werden? Von Dr. O. Wiese (Aus der Volksheilstätte in Landeshut). Bei Abwägung der ernsten Gefahren, die uns durch die Pockeninvasion drohen, glaubt Verf. nach diesen Ergebnissen, die Empfehlung der Pockenschutzimpfung auch für Tuberkulose verantworten zu können. (D. m. W. 1919 Nr. 21.)

Zur Kasuistik der Simulation. Von Gerichtsarzt Dr. Döllner (Duisburg). Hautemphysem wird dadurch erzeugt, daß ein Stich unter das Zahnfleisch, am zweckmäßigsten unter die Umschlagfalte appliziert wird und dann unter Zuhalten von Nase und Mund die Backen energisch aufgeblasen werden. Im Gefängnis Duisburg waren durch diesen Kniff an einem Tage 3 Köpfe, dick wie Kürbisse, zu sehen. Um Tuberkulose vorzutäuschen, lassen Gesunde in ihre Speigläser Bazillenträger hineinspucken. In einem Militärinstitut

durch narbige Strikturen, strangförmige Verwachsungen, Geschwüre, Tumoren u. dgl. bedingt sind, von einer Hirschsprungschen Krankheit zu reden. Mit Recht weist Konjetzny darauf hin, daß man zur Erklärung der anatomischen Grundlage der Hirschsprungschen Krankheit schon aus rein klinischen Gründen nur solche mechanische Momente gelten lassen kann, für welche man eine kongenitale Grundlage annehmen muß. Bei dem vom Verf. beobachteten Fall konnte lediglich eine Hypertrophie und Dilatation des gesamten Kolon festgestellt werden, ein Hindernis oder eine Passagestörung ließ sich nirgends feststellen. Daß es trotzdem zum Ileus kam, macht diesen Fall zu einem bemerkenswerten. Patient war, bevor die Hirschsprungsche Krankheit in die Erscheinung trat, nie krank. Es bestand nie Obstipation. Ausgelöst wurde die Krankheit durch einen akuten Darmkatarrh. Das Kolon, insbesondere das S romanum, war nicht verlängert, sondern eher kürzer als normal. Erst im Alter von 39 Jahren zeigten sich die ersten Symptome. Nach Beseitigung des Ileus durch Stuhlentleerung mittels Darminzision ist Patient wieder beschwerdefrei. Das Mesenterium commune, die Verlötung von Colon ascendens und descendens sowie das Ausbleiben der Verwachsung des Kolons mit der hinteren Bauchwand sprechen für kongenitale Anlage.

(B. kl. W. 1919 Nr. 15.)

Diagnostisches.

Prostatahypertrophie, eine häufige Fehldiagnose. Von Dr. Wilhelm Karo in Berlin. Fall 1. Der 62jährige Rentier O. F. konsultierte Verf. am 13. Juni 1919 wegen eines seit drei Jahren bestehenden, mit häufigen Retentionen einhergehenden Blasenleidens. Während der letzten $1\frac{1}{2}$ Jahre war er in ständiger Behandlung eines Berliner Urologen, der ihm nunmehr die Prostat-ektomie angeraten. Der Kranke bat um Verfs. Ansicht über die Zweckmäßigkeit der Operation. Die Anamnese ergab, daß Kranker in seinem 24. Lebensjahre sich mit Lues infiziert hatte; seit zehn Jahren hartnäckige Obstipation, vermehrter Harnzwang, zeitweise Harnträufeln, in den letzten Jahren häufige, kurze Zeit anhaltende Retentionen. Häufig lanzinierende Schmerzen, gelegentlich gastrische Krisen mit Erbrechen. Gehstörungen, namentlich im Dunkeln. Der Kranke ist in gutem Ernährungszustand. Ausgesprochene Argyrie, namentlich der Gesichtshaut und der Abdominalwand (nach Angabe des Kranken bedingt durch die chronische Anwendung von Argentum nitricum zu Blasenspülungen). Keine Patellarreflexe. Romberg angedeutet. Pupillenreaktion prompt. Gang leicht ataktisch. Der Harn wird in schwach projiziertem Strahl

perineuralen oder gar endoneuralen Infiltration des Nerven mit Neosalvarsan. Daß die direkte Einspritzung von Salvarsan solche schweren degenerativen Veränderungen zu bewirken vermag, ist an sich wohl verständlich, wenn auch erfreulicherweise derartige unangenehme Zufälle recht selten zur Beobachtung kommen. Bei der intraglütäalen Einspritzung von Altsalvarsan sind zuweilen Schädigungen des Nervus peroneus in gleicher Weise aufgetreten, weshalb damals manche Dermatologen die intramuskuläre Einspritzung durch die subkutane zwischen die Schulterblätter ersetzten. Prognostisch ist der vorliegende Fall recht ungünstig zu beurteilen. Man muß damit rechnen, daß vielleicht ein mehrere Zentimeter langes Stück des Nerven direkt mit der Lösung infiltriert wurde und überdies weite Strecken des Nerven in derbem Narbengewebe, verursacht durch die lange Zeit bestehende aseptische Entzündung, eingebettet sind. Daher erscheint auch die Ausschaltung des direkt durch die Infiltration des Nerven geschädigten Nervenstückes und nachfolgende Nervennaht technisch recht schwierig. Verf. hatte zunächst die Behandlung mit galvanischem Strom und Uebungen begonnen, doch ist der Patient leider aus äußeren Gründen jetzt aus der Behandlung ausgeschieden. Zweck dieser Zeilen ist, an diesem Beispiele nochmals eindringlichst auf die Wichtigkeit der Beachtung der für die Technik der intravenösen Salvarsaninjektion gegebenen Vorschriften hinzuweisen, die derartige Vorkommnisse mit Sicherheit vermeiden lassen.

(B. kl. W. 1919 Nr. 26.)

Hirschsprungsche Krankheit unter dem Bilde des Ileus. Von Dr. Brandenstein, Berlin-Schöneberg. Die Hirschsprungsche Krankheit im engeren Sinne muß auch heute noch trotz Vervollkommnung der diagnostischen Hilfsmittel zu einer der seltenen Krankheiten gezählt werden. Hirschsprung selbst wollte den von ihm angegebenen Symptomenkomplex nur für Fälle angewandt wissen, bei denen lediglich ein hypertrophisches und dilatiertes Kolon vorliegt. In neuerer Zeit ist man mehr und mehr dazu übergegangen, auch die Fälle zu berücksichtigen, bei denen mechanische Hindernisse die Ursache für das Zustandekommen der Kolonerweiterung abgegeben haben. Soweit kongenitale Mißbildungen, wie abnorme Länge der Flexura sigmoidea, abnorme Faltenbildung am Uebergang vom S romanum und Rektum, pathologische Veränderungen des Mesenteriums, die zu Lageveränderungen des Kolon führen können u. dgl., in Frage kommen, wird man nach wie vor berechtigt sein, diese für das Zustandekommen der Hirschsprungschen Krankheit verantwortlich zu machen, jedoch ist es zu weit gegangen, bei Dickdarterweiterungen, welche

mählicher Bildung von Abwehrkörpern dieser plötzlichen Vergiftung nicht ausgesetzt sind. Demgegenüber erblickt Grabisch den Grund für die paradoxe größere Widerstandsfähigkeit der schwächeren Personen darin, daß gerade bei diesen Individuen, in deren Körper ständig Krankheitskeime in größerer Zahl eindringen und ihn zur Bildung von Schutzstoffen veranlassen, die bei der Grippe eindringenden Erreger und ihre Gifte von Anfang an durch die schon vorhandenen, mehr oder weniger spezifischen Immunkörper unschädlich gemacht werden. Der gesunde, kräftige Körper, in den gewöhnlich kaum Bakterien hineingelangen, da sie bereits an der Haut- und Schleimhautoberfläche zugrundegehen, besitzt solche Schutzstoffe nicht, er muß sie beim Eindringen der grippösen Erreger erst allmählich bilden. Mit der raschen Ueberschwemmung des Körpers durch die Bakterien und ihre freigewordenen Toxine hält die Immunkörperbildung nicht gleichen Schritt, und der Körper erliegt der Infektion. Ob diese Ansichten das Richtige treffen, dürfte sich schwer entscheiden lassen. Immerhin hält Verf. es für nicht unwahrscheinlich, daß sowohl konstitutionelle Verhältnisse als auch eine durch das frühere Eindringen von Infektionserregern erworbene relative Immunität mit dazu beitragen, daß tuberkulöse Individuen in vielen Fällen von der Grippe überhaupt verschont bleiben oder durch ihren milderen Verlauf wenig oder gar nicht geschädigt werden. (M. m. W. 1919 Nr. 17.)

Grippe und Peritonitis. Von E. Weishaupt. (Aus der Universitäts-Frauenklinik Berlin.) Die Beobachtungen ergaben eine schwere Gefährdung der schwangeren Frauen durch die Grippeinfektion dann, wenn es während des akuten Stadiums der Krankheit bei bestehender Streptokokkämie zur Geburt kommt. Bei der Plazentalösung und während der ersten Tage des Wochenbettes gelangen die Streptokokken mit dem Blute in die Uterushöhle, wo sie im Endometrium und besonders an der Plazentastelle einen günstigen Boden zur Entwicklung finden und bei ihrem hohen Virulenzgrade die Neigung zeigen, auf dem Blut- und Lymphwege in das Gewebe einzudringen. Der Weg nach dem Bauchfell direkt durch die Uteruswand oder durch die Tuben wird mit besonderer Vorliebe beschritten. Wo es im Brustfellraum zur Bildung eines eitrigen Exsudates kommt, kann die Peritonitis auch auf dem Wege durch das Zwerchfell entstehen. Merkwürdig ist ferner das erneute Aufflammen schon überstandener Bronchopneumonien im Wochenbett. Die mit Streptomykose komplizierte Grippe ist für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen die gefährlichere Form. Der Nachweis oder das Fehlen von Streptokokken im Sputum und im Blut hat große prognostische Bedeu-

tung. Wahrscheinlich erklärt sich auch aus der nach Zeit und Ort wechselnden Verbindung der Grippe mit Streptomykose ähnlich wie bei der Diphtherie die Verschiedenheit des klinischen Verlaufes. In allen tödlich verlaufenden Fällen waren Streptokokken im Sputum, während die Mehrzahl der in Heilung übergehenden Grippefälle die Streptokokken vermissen ließen.

(Zbl. f. Gyn. 1919 Nr. 27.)

Ueber Grippepneumonie und Gravidität. Von H. Strauß (Aus der inneren Abteilung des jüdischen Krankenhauses zu Berlin). Nach des Verfassers Erfahrungen sind von 7 Patientinnen, bei welchen sich nach dem 7. bzw. 8. Monat eine Grippepneumonie entwickelt hatte, sämtliche mit Ausnahme eines einzigen Falles zum Exitus gelangt. Dieser eine Fall, in welchem der Exitus nicht eintrat, war ein verhältnismäßig leichter Fall, und es hatte sich bei ihm überhaupt nur um eine leichte Bronchopneumonie gehandelt. In allen anderen Fällen hatte es sich um sehr ausgebreitete, zum Teil doppelseitige Infiltrate mit schweren Allgemeinerscheinungen gehandelt. Dagegen starben von 8 Fällen, in welchen die Schwangerschaft bei bestehender Grippepneumonie den 7. Monat noch nicht überschritten hatte, nur zwei Patientinnen, eine 36jährige, ziemlich fettleibige Frau, bei welcher der Exitus am 5. Krankheits-tage, und zwar einen Tag nach der spontan erfolgten Frühgeburt, eintrat, und eine 34jährige, an der Grenze des 7. Monats stehende Frau mit sehr schweren Allgemeinerscheinungen, bei welcher aber keine Frühgeburt eintrat. Wenn Verf. zum Vergleich die ohne Komplikation mit Gravidität verlaufenen Influenzapneumonien der Abteilung heranzieht, so kann er berichten, daß unter 245 Fällen von Influenza 78 (31,8%) eine Pneumonie bzw. Pleuropneumonie darboten und 14 Fälle die Kombination einer Pneumonie mit Empyem erkennen ließen. Von den 78 Pneumoniefällen sind 31 = 39,7%, von den 14 mit Empyem komplizierten Fällen sind 6 = 42,8% zum Exitus gelangt. Die Mortalität der Fälle von Pneumonie jenseits des 7. Schwangerschaftsmonats war also ganz erheblich größer als bei den Fällen ohne Gravidität, und ganz außerordentlich viel größer als bei den Fällen von Bronchopneumonie oder Pneumonie vor Schluß des 7. Monats. Ähnlich wie Verf. fand Ottow an der Kieler Frauenklinik in den ersten Monaten der Schwangerschaft die Grippe günstig verlaufend. Nur einmal sah er eine schwere doppelseitige Pneumonie, die eine Fehlgeburt im 3. Monat veranlaßt hatte, welcher trotz schonender, manuell ohne Narkose ausgeführter Ausräumung der Exitus bald folgte. Am Ende der Schwangerschaft änderte sich jedoch auch in den Beobachtungen von Ottow das Bild insofern, als von

18 Frauen mit schwerer Grippe am Ende der Schwangerschaft und unter der Geburt 12 = 66 % im Laufe einer ein- bis acht-tägigen Krankheitsdauer gestorben sind. In Uebereinstimmung mit Ottow möchte Verf. deshalb auf Grund seiner Erfahrungen die Fälle von Grippepneumonie im vorgerückten Stadium der Schwangerschaft grundsätzlich anders beurteilen als die Fälle von Grippepneumonie im Anfang der Schwangerschaft. Schon bei den ersten Fällen, die er zu sehen bekam, war ihm bei den Fällen von Grippepneumonie in vorgerückten Stadien der Schwangerschaft ein außerordentlich blasses Aussehen, eine ungewohnt starke Zyanose des Gesichts und der Lippen und bei meist ungetrübtem Sensorium eine sehr große innere und äußere Unruhe aufgefallen, wie er sie in einer so starken Ausdehnung sonst bei Pneumonien selten und bei Grippepneumonien auch nur in einer kleinen Anzahl allerschwerster Fälle zu sehen bekommen hat. Infolgedessen ist er zu der Überzeugung gelangt, daß neben der Schwere des Infektes vor allem das mechanische Moment des Hochstandes und der mangelhaften Exkursionsmöglichkeit des Zwerchfells sowie die Erschwerung der Zirkulation einen großen Teil des überaus schlimmen Verlaufes der Pneumonien in vorgerückten Stadien der Schwangerschaft verschuldet hat. Auch in dem einen Falle von Gravidität im 5. Monat, bei welchem eine Frühgeburt eingetreten war, war eine exzessive Zyanose des Gesichts und der Lippen zu beobachten, so daß Verf. auch diese Beobachtung in der Ansicht bestärkte, daß der deletäre Einfluß vorgerückter Stadien der Gravidität auf eine bestehende Grippepneumonie mehr in der Kohlensäureüberladung des Blutes und in einer durch mechanische Momente bedingten Schädigung der Zirkulation als in rein toxischen Momenten zu suchen ist. Alle zum Exitus gelangten Fälle hatten von vornherein mit hohem Fieber und alsbald mit ausgeprägten und auch räumlich ausgebreiteten Pneumonieerscheinungen begonnen, und es ist in der Mehrzahl der Fälle der Exitus schon zwischen dem 4. und 5. Krankheitstage und in keinem Falle später als am 8. Krankheitstage eingetreten. Dabei war von Interesse, daß nur in 3 von den 15 zur Beobachtung gelangten Fällen ein Frühgeburt eingetreten ist, und daß diese, trotzdem die Geburt in allen drei Fällen sehr schnell verlief, — auch Ottow u. a. machten hierauf aufmerksam — das tödliche Ende der Mutter nicht abwenden konnte. Infolge der letzteren Erfahrung kann Verf. sich nicht zu einer Empfehlung einer künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft entschließen, und er tritt deshalb Ottow durchaus bei, der den Geburtsvorgang selbst, „soweit er nicht sturzgeburtartig abgestürzt war“, als eine schwere Komplikation für die Grippe ansieht und sich bei schweren Grippefällen hinsicht-

lich der Frage der künstlichen Entbindung sehr reserviert äußert. Die von Verf. hier vertretene Stellungnahme erscheint allerdings zunächst vielleicht auffällig, weil er in dem mechanischen Momente der Raumbehinderung durch den am Ende der Schwangerschaft sehr großen Uterus eine besonders wichtige Ursache für die so überaus schlechte Prognose von Grippepneumonien am Schluß der Gravidität sieht. Allein die Erfahrung hat gezeigt, daß der Geburtsakt selbst für das maximal geschwächte Herz eine so große Belastung darstellt, daß man sehr überlegen muß, was für die Patientin ein größeres Risiko darstellt, und schon Leichtenstern hat bemerkt, daß der während einer Influenzapneumonie auftretende Abort die Prognose in hohem Grade verschlimmert. Infolgedessen erwartet Verf. in einigermaßen vorgerückten Stadien der Krankheit von einer künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft nicht allzuviel, und es scheinen überhaupt die Dinge bei der Grippepneumonie mit Rücksicht auf die vorliegende Frage im großen und ganzen nicht viel anders als bei der gewöhnlichen kruppösen Pneumonie zu liegen, deren Gefahren für Gravide auch in den letzten Monaten der Schwangerschaft im allgemeinen stärker als in Frühstadien zu sein pflegen. Auch hier haben sich P. Müller, Kermauner u. a. für Abwarten ausgesprochen, und auch Aufrecht gibt keinen Hinweis auf eine aktive Unterbrechung der Gravidität. Auch Verf. hat bei einschlägigen Fällen stets nach diesem Grundsatz gehandelt, ist aber mit Kermauner der Ansicht, daß bei schon erfolgtem Geburtseintritt gegen eine aktive Beschleunigung des Geburtsaktes nichts einzuwenden ist. Allerdings könnte man die Frage diskutieren, ob es zweckmäßig erscheint, in Schlußstadien der Schwangerschaft bei leichteren Fällen von Grippepneumonie und aus prophylaktischen Gründen bei schweren Fällen schon im ersten Beginn der Erkrankung auf operativem Wege die Entbindung einzuleiten. Hier ist aber zu erwägen, daß die Prognose der leichteren Fälle trotz bestehender Gravidität nicht allzuschlecht zu sein pflegt, und daß man auch bei schweren Fällen von Pneumonie im ersten Beginn den weiteren Verlauf nicht immer im Voraus mit Sicherheit berechnen kann. Infolgedessen kann man auch hier keine allgemeine Regel aufstellen, sondern es bedarf die vorliegende Frage für den Einzelfall sorgfältigster Prüfung und ganz allgemein noch weiterer Erörterung. Für eine aktive Unterbrechung der Schwangerschaft in Frühstadien der Gravidität liegt jedenfalls in der Regel kein Anlaß vor, da für die betreffenden Fälle das mechanische Moment der Raumbehinderung durch den graviden Uterus nicht von grundsätzlicher Bedeutung ist, sondern nur die Schwere der Krankheit für den Verlauf entscheidend ist. Ja, es war Verf. sogar auffällig, daß die

Grippepneumonie, die bekanntlich leicht zur Unterbrechung der Schwangerschaft führt, auch in mittleren und vorgerückten Stadien der Schwangerschaft doch keineswegs so häufig eine Unterbrechung der Schwangerschaft erzeugt hat, als man nach vielen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen über die Beziehungen von Grippe zur Schwangerschaft erwarten durfte, denn nur dreimal hat Verf. unter dem Einfluß der Grippepneumonie eine Frühgeburt eintreten sehen, trotzdem auch von den letal verlaufenen Fällen keiner vor dem 4. Krankheitstage der Pneumonie erlegen ist. Auch Ottow sah unter seinen 18 Fällen nur 6 mal eine einwandfreie Frühgeburt erfolgen, bemerkt aber als auffällig, daß unter seinen 18 Fällen 13 mal der Geburtseintritt (am Ende der Gravidität) und die schwere Grippeerkrankung zeitlich zusammenfielen.

(B. kl. W. 1919 Nr. 17.)

Erfahrungen über Malaria bei Chininprophylaktikern.
 Von cand. med. S. G. Zondek (Aus einem Kriegsseuchenlazarett in Rumänien). Die Chininprophylaxe hat bei einem großen Teil der Kriegsteilnehmer die Erkrankung an Malaria nicht verhindert, sondern nur auf unbestimmte Zeit verschoben und so zur latenten Malaria geführt. Die Zahl der Parasitenträger ist infolgedessen sehr groß geworden. Die latente Malaria kann jederzeit mobilisiert werden; häufig wird die Mobilisierung durch andere Infektionskrankheiten, insbesondere durch den Typhus abdominalis und das Fleckfieber, herbeigeführt. Bei Chininprophylaktikern kann schon die erstmalige Erkrankung an Malaria zu ganz atypischen, den chronischen Malariaformen ähnelnden Krankheitsbildern führen. Die Malaria der Chininprophylaktiker ist prognostisch ungünstiger zu beurteilen als die mit Chinin noch nicht vorbehandelten Malariaerkrankungen. Sie neigt sehr zu Rezidiven und geht häufig in chronische Formen über. Da in vielen Fällen Chininresistenz besteht, ist die kombinierte Behandlung mit Chinin und Salvarsan sehr erwünscht. Bei chronischen bzw. mobilisierten latenten Malariafällen können Herzstörungen als Malariaäquivalent auftreten.

(M. kl. W. 1919 Nr. 21.)

Toxikologisches.

Vergiftungserscheinungen nach Genuß von Asthmatee.
 Von Dr. E. Oppenheimer, Augenarzt in Zehlendorf. Am 26. Mai suchte die 19jährige H. Verf. mit der Angabe auf, seit zwei Stunden blind zu sein. Eine Ursache wisse sie nicht. Befund: Pupillen maximal weit, starr; Akkommodation fast völlig gelähmt (Ophthalmoplegia interna). Augengrund, Gesichtsfeld, Muskeltätigkeit nor-

mal, keine Skotome. Sehschärfe mit $+1,5$ D. beiderseits normal. Herz (Puls) und Lunge ohne Besonderheit. Auf dringliches Befragen erklärt Patientin, zwei Tassen Asthmatee, den sie von einem Nachbar erhalten hatte, vor einigen Stunden getrunken zu haben, eine Messerspitze auf die Tasse. Nach dem Trinken des versüßten, aber bitteren Tees habe sie Kratzen im Halse verspürt, bald danach sei ihr schwindlig geworden. Magendarmerscheinungen fehlten. Der Nachbar trinke seinen Asthmatee im übrigen, ohne je Beschwerden gehabt zu haben. Im Laufe der nächsten fünf Tage wurden Pupillengröße und Reaktion fast normal, dagegen ist die Lähmung heute nach mehreren Wochen nur bis zur Hälfte zurückgegangen — Nahepunkt 40 cm. Da nach Fuchs und Cerillo retrobulbäre Neuritis durch Rauchen von Stramoniumblättern vorkommt, hat Verf. das Gesichtsfeld wiederholt, aber mit negativem Erfolge untersucht. Friedländer teilt einen Fall von Vergiftung durch Asthmatee unter schweren Allgemeinerscheinungen mit, jedoch war die Augenuntersuchung äußerst mangelhaft. Da das Aussehen der Stramoniumblätter zur Teebereitung verleitet und Patienten nur mit halbem Ohre zuhören, wenn der Arzt seine Verordnung gibt, so können Verwechslungen leicht vorkommen. Die Patienten sind daher mündlich und schriftlich (durch deutliche Aufschrift) darüber zu belehren, daß das Mittel nur zum Räuchern ist. (D. m. W. 1919 Nr. 29.)

Ein Fall von Vergiftung mit bitteren Mandeln. Von Dr. Walther Blumenthal in Koblenz. Ein 38jähriger Kaufmann von auswärts kam am 14. Juli 1919 abends gegen 7 Uhr mit der Angabe, ihm sei seit etwa $\frac{1}{2}$ 4 Uhr schwindlig, er habe Herzklopfen, Kopfschmerz und kalten Schweiß. Er habe am Mittag verdächtigen Fisch gegessen, außerdem habe er gelegentlich Warenprüfung auf einem Speicher ganz aus Gewohnheit von einer Probe von bitteren Mandeln 12—15 Stück gekaut und heruntergeschluckt. Früher sei er stets gesund gewesen, auch im Felde. Der Patient zeigte eine eigenartig kirschrote Färbung des Gesichts, besonders der Lippen. Der Atem roch stark nach Blausäure. Puls 110—120, leicht unregelmäßig und flatterig, innere Organe ohne krankhaften Befund. Sofortige ausgedehnte Magenspülung, zunächst mit Wasser, dann mit Sol. Kal. hypermangan. 1 : 2500. Schon beim Einführen der Sonde war der starke Schlundkrampf hinderlich. An den typischen engen Stellen der Speiseröhre, dann am Magenmund mußte die mitteldicke Magensonde aus rotem Gummi mit Gewalt vorwärts gestoßen werden. Offenbar bestand auch Speiseröhrenkrampf. Auch am Pylorus mußte Krampf bestehen; denn das Mittagessen, kenntlich an rohen Kirschen, wurde wieder entleert.

Es war also wohl nur wenig von dem Gift in den Darm gelangt. Für einen Pyloruskrampf spricht auch, daß sehr große Mengen Bittersalz, die Patient von 9 Uhr abends an nahm (zunächst einen Eßlöffel voll, dann halbstündlich einen Teelöffel bis zur Wirkung, dazu reichlich Wasser und Kaffee), erst am nächsten Morgen wirkte. Patient fühlte sich dann wohl, zeigte noch leichte Rötung des Gesichts sowie geringe Pulserhöhung. In dem spärlich zur Verfügung stehenden Harn, der gerade für eine Probe reichte, war mit der Essigsäure-Ferrozynkaliumprobe Eiweiß in geringer Menge nachzuweisen. Zucker fehlte, Urobilinogen war nicht vermehrt. Sediment konnte nicht gemacht werden, da kein Material mehr vorhanden war und Patient abreisen mußte. Nach der Literatur entspricht die aufgenommene Mandelmenge etwa 0,025 wasserfreier Blausäure. 0,05 g gilt als tödliche Dosis.

(D. m. W. 1919 Nr. 36.)

Über eine Nebenwirkung bei Quecksilberbehandlung. Von Dr. Brünecke in St. Andreasberg. Die Patientin hatte einen Tag um den anderen intraglutäal 5 Embarinspritzen erhalten und gut vertragen. 2 Stunden nach der 6. Einspritzung stellten sich Schüttelfrost und 40° Fieber ein. Das Allgemeinbefinden war wenig gestört, ein objektiver Befund, der das Fieber erklärt hätte, war nicht zu erheben. Da an einen Zusammenhang mit der Injektion nicht gedacht wurde und die Erscheinungen nach 2 Tagen geschwunden waren, wurde die 7. Injektion verabfolgt. 2 Stunden darauf trat abermals unter Schüttelfrost Fieber ein, welches in wenigen Stunden bis auf 41° stieg. Dabei bestand eine schmerzhaftige Schwellung der Halsdrüsen. Auch dieses Mal gingen die Erscheinungen nach 2 Tagen restlos vorüber. Die Injektionen wurden stets von einer durchaus erfahrenen und zuverlässigen Schwester mit ausgekochter Spritze ausgeführt. Die bakteriologische Untersuchung der übrigen drei Ampullen ist ohne Befund geblieben. Trotzdem konnte Verf. sich nun zur Fortsetzung der Embarinbehandlung nicht entschließen. Nach Verlauf von ungefähr 10 Tagen bekam die Patientin in vorsichtigen Dosen Merjodin. Sofort stellten sich wieder leichtes Frieren, Temperatur bis zu 38,4° und Lymphdrüsenanschwellung ein; alles dies ging nach Aussetzen des Präparates bald wieder vorüber. Zu bemerken ist, daß die Patientin gleichzeitig an einer geringfügigen Tuberkulose der linken Spitze leidet, die zurzeit aber latent ist und auch während der Fiebereruptionen keinerlei Zeichen von Katarrh usw. darbot.

(Ther. Mh. 1919 Nr. 7.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Praktische Erfahrungen mit der Händedesinfektion nach Gocht. Von Stabsarzt d. L. Dr. E. Vogt, seinerzeit Chirurg in einem Feldlazarett. Gocht teilte vor einiger Zeit eine neue Methode der Händedesinfektion mit. Die Hände werden angefeuchtet, Handrücken und Handfläche in Gipspulver eingetaucht. Hierauf folgt die Waschung ganz genau wie beim Gebrauch von Seife. Die Verwendung einer Bürste ist nicht unbedingt notwendig. Die ganze Waschung wird unter einem Strahl warmen Wassers vorgenommen, 10 Minuten lang. Dann werden die Gipsreste abgespült und Hände und Unterarme 3 Minuten lang mit 70% igem Alkohol abgerieben, wozu ein steriler Mulltupfer verwendet wird. Mit dieser Händedesinfektion erzielte Gocht an einem großen Material ganz glänzende Resultate. Eingehende bakteriologische Untersuchungen von Stahlschmidt zeigten dann, daß die Händedesinfektion mit Gips nicht nur hohen theoretischen Anforderungen genügt, sondern sogar den meisten Desinfektionsmethoden an Wirksamkeit überlegen ist. Die Vorschriften von Gocht decken sich völlig mit den Bestimmungen Ahlfelds über die Heißwasser-Alkoholmethode. Nur wird die Seife durch feines Alabastergipspulver ersetzt. Die mechanische Reinigung der Hände ist bei der Gipswaschung viel intensiver, weil Gips viel tiefer in die Hautporen eindringen kann und die Epidermis mehr auflockert. Dadurch werden die Bakterien herausgeschwemmt, und das Vordringen des Alkohols in die Tiefe wird erleichtert. In weiterer Verfolgung seiner Versuche konnte dann Stahlschmidt feststellen, daß durch die Desinfektion mit Gips nicht nur der Keimgehalt der Oberfläche, sondern auch der tieferen Schichten viel mehr herabgesetzt wird als bei der Ahlfeldschen Methode. Gerade diese Feststellung hat für die ganze Lehre der Händedesinfektion eine grundlegende Bedeutung. Zahlreiche Autoren sind ja der Ansicht, daß die mechanische Reinigung der Hände vor der Alkoholdesinfektion nicht nur unnötig ist, sondern sogar ihren Wert herabsetzt, weil dadurch die Keime aus der Tiefe an die Oberfläche befördert werden. Die Keime sollen ja durch den Alkohol zum Teil abgetötet, zum Teil aber in ihren Schlupfwinkeln fixiert werden. Bei länger dauernden Operationen, besonders in der Bauchhöhle, müssen aber schließlich die Hände des Operators aufgeweicht werden. Dann fällt aber sofort die Wirkung des Alkohols fort. Auch beim Gebrauch von Gummihandschuhen, welche öfters die Schweißsekretion befördern und dann leicht undicht werden, muß man damit rechnen, daß bei längerer Operations-

dauer Keime aus der Tiefe an die Oberfläche massiert werden. Darum verlangen ja Ahlfeld und Fürbringer eine gründliche mechanische Händereinigung. Stahl Schmidt fand dann durch vergleichende Untersuchungen das wichtige Endergebnis, daß bei der Heißwasser-Alkohol-Desinfektion eine Keimabnahme von 99,6 %, bei der Gochtschen Methode von 99,85 % stattfindet. Die Untersuchungen von Stahl Schmidt wurden dann bestätigt durch die bakteriologischen Untersuchungen von Neufeld, wobei mehr die hygienische Händedesinfektion berücksichtigt wurde. Nach Infektion der Hand mit Kolibazillen wurden durch Waschen mit Gips nur 5,7 %, mit Seife 8,1 %, mit Tonwaschmitteln 14,2 %, nach gewöhnlichem Wasser 16,3 % der Keime nicht abgetötet. Dieser Autor betont übrigens ausdrücklich, daß die Wirkung des Alkohols nur auf Keimtötung, nicht auf Keimfixierung beruht. Nach Kenntnis dieser bakteriologischen Untersuchungen hielt Verf. sich für berechtigt, die Gipswaschung auch für die chirurgische Händedesinfektion zu versuchen. Zur Verwendung kam das gewöhnliche Gipspulver, wie es zur Anfertigung von Gipsbinden geliefert wurde. Bei mehreren Hunderten Operationen bediente Verf. sich dieser Desinfektionsmethode. Zwirnhandschuhe wurden nicht getragen, Gummihandschuhe nur bei septischen Operationen. Dabei war das operative Material selten vielseitig, weil Verf. auch bei der Zivilbevölkerung eine Reihe von Friedensoperationen vornehmen konnte. Gynäkologische und geburtshilfliche Eingriffe aller Art kamen vor, wenn auch die Kriegsverletzungen jeglicher Art im Vordergrund standen. Die operativen Erfolge waren nach dieser Händedesinfektion mit Gips auffallend günstig. Die geburtshilflichen Eingriffe, das feinste Testobjekt für den Wert einer Desinfektionsmethode, führten in keinem einzigen Falle zu einer Infektion. Die anderen Vorzüge der Methode sind mehr nebensächlich, aber immerhin beachtenswert. Gips ist billig und überall leicht zu beschaffen. Die Haut wird sehr geschont und so gut wie gar nicht angegriffen, weil Gips ja weniger Hautfett löst als die Seife. Verf. möchte noch darauf hinweisen, daß Gocht in neuerer Zeit den noch billigeren Schwerspat (Bariumsulfat) an Stelle von Gips gebraucht, der in gleicher Weise vorzügliche Resultate bei vielen Hunderten Operationen ergeben hat.

(D. m. W. 1919 Nr. 33.)

Kauterisation der Karbunkel, insbesondere der Milzbrandkrebunkel. Von Dr. B. Ulrichs (Aus dem Städtischen Krankenhaus in Finsterwalde N.-L.). Das Brennen der Karbunkel und speziell der Pustula maligna hat Verf. vor zwei Dezennien bei seinem Chef Boeters in Görlitz gelernt, und seit über 15 Jahren hat er hundertfach

sich von seiner vorzüglichen Wirkung in eigener Praxis überzeugt. Beweisend für den Wert einer Methode können nur die schwersten, erfolgreich behandelten Fälle sein, und diese haben wir ja so häufig zu behandeln im Gesicht, sei es an der Lippengegend, sei es an der Jochbein-Augengegend mit ihren zum Teil unförmigen Verschwellungen bis zur Unkenntlichkeit. Im Eiter finden wir meist die verschiedensten Kokkenstämme, häufig Mischinfektion von Staphylo- und Streptokokken. Aus der benachbarten Gerberstadt Kirchhain bekommt Verf. zahlreiche schwere Milzbrandfälle herein, die ihre Entstehung der Verwendung ausländischer Felle verdanken. Bemerkenswert bei der Anthraxpustel ist das schwere Ergriffensein der zugehörigen Lymphstränge, so bei einer Pustel des Handrückens häufig Lymphangitis bis hinauf zur Achselhöhle rapid auftretend. Jeder Karbunkel wird nun von Verf. sofort nach Einlieferung rücksichtslos kauterisiert. Er benutzt dazu das besonders starke Kauterbesteck des Pantostaten mit kräftiger Kauterspitze. Tiefe Brennstiche, an der Grenze des Karbunkels im Gesunden angelegt, umkreisen in weiterem Abstände den Eiterherd, dazwischen werden je nach Bedarf zahlreiche oberflächlichere Kauterpunkte gesetzt, bis ein anämischer Kreis zustandekommt. Das Karbunkelgewebe wird durch eine tiefe, eventuell in Kreuzform gelegte Kauterisation geöffnet und so entlastet. Ebenso werden Lymphstränge tief in der Längsrichtung kauterisiert, jeder Kauterstich von dem vorhergehenden etwa einen Quersfinger breit entfernt. Die Achselhöhle wird, wenn nötig, ovalförmig umbrannt. Als Nachbehandlung seien erwähnt: Alkohol innerlich und äußerlich, Herzanaleptika, in der Nähe des Auges Bleiwasserumschläge. Nach Rückgang der Entzündung zur Heilung: Ichthyolzinkverbände oder eine andere Heilsalbe.

(D. m. W. 1919 Nr. 34.)

Ueber einen klinisch geheilten Fall von Oesophaguskarzinom. Von K. Wittmaack (Aus der Univ.-Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Jena). Es handelt sich um ein durch wiederholte Probeexzisionen absolut sichergestelltes Oesophaguskarzinom, das zur Zeit, 1 Jahr nach Aussetzen der Radiumbestrahlung, den Eindruck einer klinischen Heilung erweckt. Selbst wenn der weitere Verlauf durch Auftreten eines Rezidivs oder einer Metastase sich doch noch ungünstig gestalten sollte, wofür allerdings bisher Verdachtsgründe völlig fehlen, müßte dennoch die zweifellos lebensverlängernde Wirkung der Radiumbehandlung um mindestens ein volles Jahr anerkannt werden. Verf. hat bisher noch kein Speiseröhrenkarzinom gesehen, das sich über 1½ Jahr hindurch, bei durchaus vollwertigem Kräftezustand gehalten hätte

und so lange Zeit nach Beginn der Beschwerden noch völliges Wohlbefinden zeigte, wie dies für den vorliegenden Fall zutrifft. Es ist ihm auch aus der Literatur kein Fall bekannt, bei dem bisher eine derartig günstige Wirkung durch Radiumbehandlung erzielt worden wäre. Er hat vielmehr den Eindruck gewonnen, als ob auch die Radiumbehandlung vielfach wieder verlassen worden ist, weil sie nicht zu dem erhofften Erfolge geführt hat. Das letztere trifft ja auch zweifellos bei der Mehrzahl der Fälle zu, obwohl sie auch bei diesen in der Regel eine gewisse Erleichterung dadurch herbeiführt, daß sie die Speiseröhre besser durchgängig macht, so daß die Nahrungsaufnahme besser vor sich geht. Diese Erleichterung pflegt sogar meistens bis zum tödlichen Ausgang anzuhalten, der dann entweder durch Perforation ins Mediastinum, akute Herzschwäche, Aortenruptur oder anderweitige Komplikationen erfolgt. Es ist dieses immerhin für die Kranken meistens ein wesentlich angenehmerer Tod, als wenn sie infolge ständig zunehmender Speiseröhrenstenose langsam verhungern müssen. Daher scheint die Radiumbehandlung zur Zeit die zweckmäßigste zu sein, um so mehr, als sie immer noch die meiste Aussicht auf gelegentliche Heilung bietet. Freilich dürfte die Technik der Behandlung hierbei keinesfalls gleichgültig sein. Verf. glaubt vielmehr, daß der Erfolg bei dem beschriebenen Fall vorwiegend auf die Applikationstechnik des Radiums zurückzuführen ist. Folgende Punkte hält er auf Grund der Erfahrung, die er bei der Radiumbehandlung des Speiseröhrenkarzinoms sammeln konnte, für wesentlich. Das als Radiumträger dienende Röhrchen darf keinesfalls zu kurz sein. Es sollte vielmehr bei gleichmäßiger Verteilung des Radiums auf die ganze Länge des Röhrchens so lang sein, daß es das Karzinom in seiner ganzen Längenausdehnung bedeckt. Das Röhrchen, mit dem Verf. bei dem beschriebenen Falle arbeiten konnte, hatte bei gleichmäßiger Verteilung des Radiums eine Länge von 3,25 cm. Er würde in Zukunft sogar ein Röhrchen von 4 cm Länge verwenden, wenn er es erhalten könnte. Die Einführung sollte stets unter Kontrolle des Auges, am besten mit einer Fremdkörperzange oder dergleichen im ösophagoskopischen Rohre erfolgen. Es läßt sich das unter Hinzuziehung des Morphin-Skopolamin-Rausches, der für diese Zwecke geradezu unentbehrlich ist, recht gut durchführen. Das eingeführte Röhrchen muß soweit verdickt werden, als event. die gewählten Filter hierzu noch nicht ausreichen durch Gazeumwicklung oder dergleichen, daß es sich gerade noch mit leichtem Druck in die Karzinomenge einzwängen läßt. Man erhält hierdurch einerseits die größte Gewähr dafür, daß es auch während der ganzen Einwirkungsdauer an Ort und Stelle liegen bleibt, anderseits könnten

sich auch durch die Streckung der Falten in der Karzinomenge die Bedingungen für die Radiumeinwirkung noch günstiger gestalten. Die Dosierung der verabreichten Radiummenge muß richtig getroffen werden. Hierüber lassen sich freilich zur Zeit keine bestimmten Regeln aufstellen. Wir sind vielmehr ausschließlich auf die Erfahrung angewiesen. Verwenden wir zu starke Radiumdosen, so bekommen wir Perforation ins Mediastinum, event. auch Aortenruptur; nehmen wir die Dosis zu schwach, so reicht die Wirkung zur vollständigen Zerstörung des Karzinoms nicht aus. Im vorliegenden Falle wurden 9 Behandlungen, jede bei 8—9 stündiger Einwirkungsdauer, mit 50 mg Radiumbromid im 2 mm-Messingfilter vorgenommen. Zwischen jeder Behandlung lag eine zweiwöchentliche Pause. In Zukunft dürfte es sich vielleicht empfehlen, gleichzeitig Röntgenbestrahlungen vorzunehmen. Die großen Fortschritte der Tiefenröntgenbestrahlungstechnik berechtigen zu der Hoffnung, daß selbst das versteckte Karzinom der Speiseröhre den Strahlen zugänglich gemacht werden kann. Die wichtigste Vorbedingung ist freilich, daß wir die Behandlung möglichst frühzeitig beginnen können, ehe das Karzinom zu große Ausdehnung angenommen hat. Es kann daher den Kollegen in der allgemeinen Praxis nicht dringend genug anempfohlen werden, jetzt, wo wenigstens eine schwache Möglichkeit besteht, das Karzinom wirksam zu beeinflussen, allen Schluckbeschwerden im Bereiche der Speiseröhre, namentlich wenn sie im kritischen Karzinomalter auftreten, die allergrößte Beachtung zu schenken und auf möglichst umgehende spezialärztliche Untersuchung zu dringen. Auch bei dem vorliegenden Fall hätte die Behandlung 4—6 Wochen früher einsetzen können, wenn der Patient sofort, als er wegen seiner Schluckbeschwerden ärztliche Hilfe nachsuchte, der spezialärztlichen Untersuchung zugewiesen worden wäre.

(M. m. W. 1919 Nr. 14.)

b) Innere Krankheiten.

Senföl in Bolus alba statt Senfwickel und Schmierseife-einreibungen. Von Dr. Albrecht Mertz (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Freiburg i. Br.). Zu den leider so zahlreichen Mitteln, die wir infolge des Krieges und der Blockade entbehren mußten und noch müssen, gehört auch das Senfmehl. Sein Mangel wird gerade dem Kinderarzte oft genug fühlbar, da seine seit langem bewährte vorzügliche Wirkung in Gestalt der Heubnerschen Senfeinwicklung bei der kindlichen Bronchiolitis und auch Pneumonie kaum ersetzlich ist. Das wirksame Prinzip der Senfpackung sind die durch hydrolytische Spaltung im Wasser freiwerdenden Senf-

- öle, die die erwünschte starke Hyperämie der Haut und damit Ableitung hervorrufen. Das Senföl selbst — das Isosulfozyanallyl — ist aber synthetisch darstellbar und nach wie vor als solches erhältlich. Um es in einer der Wirkung des Senfwickels gleichsinnigen Weise anwenden zu können, mußte das unverdünnt schwerste Blasen- und Nekrosenbildung verursachende Senföl in entsprechendem Maße verdünnt und in einem zweckmäßigen Vehikel auf die Haut aufgetragen werden. Auf Veranlassung von Prof. Noeggerath unternahm Verf. es, eine Verdünnung des Senföles mit Bolus alba herzustellen und als Senfmehlersatz auszuprobieren. Die Verdünnung, an der eigenen Haut ausprobiert, hat sehr weitgehend zu sein. Als der natürlichen Senfmehlwirkung etwa gleichkommend erwies sich eine Konzentration von 3—4 Tropfen reinen Senföles in 100 g Bolus alba. Die praktische Anwendung gestaltet sich folgendermaßen: Wir mischen die nach der Größe des Kindes einzurichtende Bolusmenge, die für Säuglinge etwa 200—300 g, für größere Kinder 400—800 g beträgt, auf je 100 g mit 3—5 Tropfen Senföl durch sehr sorgfältiges Umrühren, geben etwa 4 Fünftel des Bolusgewichtes an heißem Wasser hinzu und streichen den gleichmäßig verrührten Brei rasch auf den der Kindergröße angepaßten Wickel aus, in dem das Kind, ganz entsprechend dem Vorgehen bei der natürlichen Senfmehleinwicklung, eingeschlagen wird. Ein zweites, am besten wollenes Tuch schließt dicht ab, besonders ist auch hier auf die Abdichtung am Halse durch ein feuchtes Taschentuch zu achten, um Reizung von Augen und Atmungswegen zu vermeiden. Nach 10—15 Minuten kommt das Kind in das bereitgehaltene Reinigungsbad, in dem sich der Bolusbrei ohne Schwierigkeit rasch abwaschen läßt. Das Kind ist bei gelungener Prozedur krebsrot und bekommt nun, auch ganz gemäß der alten Heubnerschen Vorschrift, noch ein heißes Bad und anschließende Schwitzpackung, deren Dauer nach dem Zustande des Herzens bemessen wird und $\frac{1}{2}$ —1—2 Stunden beträgt. Der Senfölbolusbrei muß kurz vor dem Gebrauch hergestellt werden; er hält sich nicht, weil das Senföl sich alsbald verflüchtigt. Die Indikationen und Erfolge des Verfahrens sind ganz die der natürlichen Senfmehleinwicklung. Es besitzt darüber hinaus und im Gegensatz zu dieser noch den großen Vorzug der Dosierbarkeit. Für die Säuglinge wähle man die geringere Konzentration von 3 Tropfen auf 100 g Bolus, für die älteren Kinder nehme man 4 Tropfen und event. auch $4\frac{1}{2}$ —5, wenn an einer besonders raschen und energischen Wirkung liegt. Für exsudative Säuglinge mit sehr reizbarer Haut geht Verf. sogar auf 2 Tropfen herunter und läßt dafür den Wickel etwas länger liegen. Eine übermäßig lang anhaltende oder schädliche Reizung der Haut trat

nie in Erscheinung. Nach 2 Stunden ist die Rötung gewöhnlich wieder verschwunden, höchstens finden sich am folgenden Tage noch Spuren. Im Selbstversuche verspürt man bei der Konzentration von 4 Tropfen auf 100 g anfangs ein leichtes Brennen der Haut, das nach einigen Minuten auftritt und dann sehr rasch von einem nicht unangenehmen, lediglich bestehenbleibenden Wärmegefühl abgelöst wird. Auch werden selbst solche Kinder, die anfangs unruhig sind oder gar etwas schreien, dementsprechend in der Packung sehr bald wieder ruhig und nehmen ihre Flasche. Anhangsweise wird noch berichtet, daß Verf. die Senfö-Bolusmischung auch als Ersatz von Einreibungen mit der gleichfalls nicht mehr erhältlichen Schmierseife bei der Behandlung der Drüsentuberkulose versucht hat. Wegen der hierbei beabsichtigten milderer Wirkung wählte er eine Konzentration von 1 Tropfen auf 100 g und bedeckte in der Art einer Schmierkur abwechselnd obere und untere Extremitäten. Brust und Rücken mit dem Bolusbrei, der dann etwa 2 Stunden liegen blieb. Auch zu Einreibungen des Bauches bei Tuberkulose der Bauchorgane kann er verwendet werden; irgendeine unangenehme Hautreizwirkung tritt auch dabei nicht ein. Ueber den Erfolg des letzteren Verfahrens kann Verf. wegen der zu geringen Anzahl der bisher behandelten Fälle und der Kürze der Versuchsdauer noch nicht abschließend urteilen. Er glaubt, daß der Senfbolusbrei seiner bequemen Herstellung und exakten Dosierbarkeit wegen auch dann noch für die Behandlung akuter Lungenerkrankungen als Senfbreiersatz und in der Tuberkulose-therapie an Stelle der Schmierseife Geltung behalten wird, wenn diese Mittel wieder erhältlich sind. (D. m. W. 1919 Nr. 17.)

Klinische Erfahrungen mit Eukodal. Von Dr. O. Beck (Aus der Universitätsklinik für orthopädische Chirurgie Frankfurt a. M.). Verf. hat in der Klinik, die bis Dezember 1918 als Res.-Laz. größtenteils eingerichtet war, das neue Mittel Eukodal in mehr als 1000 Fällen angewendet. Die Anwendung erfolgte subkutan, pro Injektion 0,02, und innerlich in Verabreichung von Tabletten (0,005), 2 Tabletten pro dosi. Die Tagesdosis betrug durchschnittlich 2—3 Injektionen, bei schweren Schmerzattacken manchmal 4 Injektionen. In Tablettenform wurde das Mittel von den Patienten sehr gerne genommen. Bei Injektionen von 0,02 Eukodal trat nach ca. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde Müdigkeitsgefühl mit unmittelbarer nachfolgender Schmerzstillung ein. Häufig folgte dann ein mehrstündiger, ruhiger Schlaf bis zu 6 Stunden. Nach Erwachen fühlten sich die Pat. vielfach etwas matt. Erbrechen hat Verf. nie gesehen. Die Einwirkung des Eukodals auf die Atmung be-

steht in einer geringen Verminderung der Atemzüge; dabei wird die Atmung etwas tiefer. Die Pupillen verengern sich. Der Puls wird in seiner Fülle und seiner Zahl nicht merklich verändert. Die Herztätigkeit bleibt regelmäßig. Bei längerem Gebrauch trat in einigen Fällen eine Verminderung der Darmperistaltik (Obstipation) ein. In der Anwendung als Schmerzstillungsmittel kann Verf. Eukodal im großen ganzen als dem Morphinum in seiner Wirksamkeit gleichwertig ansehen. In einigen Fällen allerdings, bei schweren Extremitätenzertrümmerungen oder ausgedehnten Weichteilverletzungen, hat er bei muskelkräftigen Verwundeten erfahren müssen, daß Morphinum dem Eukodal doch überlegen ist. Durch Eukodalinjektionen, selbst wenn er der 1. Injektion in $1\frac{1}{2}$ —2 Stunden eine 2. folgen ließ, blieb die erwünschte Wirkung aus. Die Schmerzen bestanden, wenn auch nicht mehr in der vollen Heftigkeit wie vor der Injektion, so doch in unangenehmer Weise fort. Von Schlaf war keine Rede. Gab er an dem nächsten Tage dem Pat. statt Eukodal 0,01—0,02 Morphinum, so trat Schmerzlosigkeit und auch ein mehrstündiger Schlaf ein. Auch bei solchen Pat., die schon längere Zeit an Morphinum gewöhnt waren, hat Verf. in den ersten Tagen mit Eukodalinjektionen von 0,02 nicht die volle, gewünschte Wirkung erzielt, selbst wenn es sich um weniger kräftige Personen handelte. Trotzdem hat er versucht, Eukodal weiter zu geben, um die Kranken dem Morphinum zu entwöhnen, und hat dann gesehen, daß nach einigen Tagen die narkotische Wirkung des Eukodals voll zur Geltung kam. Wichtig und vorteilhaft erscheint die Anwendung von Eukodal vor der Operation an Stelle von Morphinum, um eine ruhige Narkose zu erzielen. Bei ca. 500 größeren Operationen hat Verf. von Eukodal Gebrauch gemacht und dabei äußerst günstige Erfahrungen gemacht; Erfahrungen, die mit dem, was bisher über dieses Anwendungsgebiet des Eukodals veröffentlicht wurde, im wesentlichen im Einklang stehen. Das Exzitationsstadium war meist verkürzt und abgeschwächt. Der Verbrauch an Aether nicht groß. In der Abkürzung und Abschwächung des Exzitationsstadiums unter Berücksichtigung der Verbrauchsmenge des Narkotikums kann Verf. nach vergleichsweiser Verwendung von Eukodal und Morphinum das Eukodal dem Morphinum nicht als überlegen betrachten, dagegen im allgemeinen als gleichwertig. In wenigen Fällen glaubt Verf. auch hier eine stärkere Wirkung des Morphinums annehmen zu müssen. Es handelt sich hier wieder um kräftige Verwundete. Im allgemeinen erscheint das Exzitationsstadium in den letzten Jahren bei der Alkoholentwöhnung ruhiger und kürzer zu verlaufen, wie das vielfach vor dem Kriege der Fall war. Vorteilhaft erscheint die Anwendung des Eukodals vor der Narkose

gegenüber dem Morphium dadurch, daß während der Narkose nie Erbrechen eintrat, nach der Narkose äußerst selten. Die Narkosen verlaufen stets ruhig und ohne Zwischenfälle.

(M. m. W. 1919 Nr. 16.)

Gallensteinkolik. Von Dr. Roschke (Bad Salzuflen). In der Absicht, durch lokale Anämie — ähnlich der Therapie der Stirnhöhleneiterung — eine Anschwellung der entzündeten Gallenblase und dadurch eine Lageveränderung des eingeklemmten Steines oder bessere Abflußmöglichkeit des Sekretes zu ermöglichen, hat Verf. mit scheinbar gutem Erfolg Novocain-Suprarenin-tabletten (0,1 Novoc.) je eine Tablette in 2—3 stündlichem Zwischenraum gegeben.

(M. Kl. 1919 Nr. 31.)

Die Bekämpfung quälender Durstzustände durch Cesol-Merck. Von Prof. Dr. F. U m b e r (Aus der I. Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Charlottenburg-Westend). Nicht jeder quälende Durstzustand bei Kranken erfordert medikamentöses Eingreifen. Einem durch hohe Fiebertemperaturen ausgetrockneten Kranken wird man zur Bekämpfung seines Durstes lieber Flüssigkeiten reichen als antidiptische Arzneimittel. Einem durstgequälten Zuckerkranken wird man am besten durch Herabsetzung seiner Glykosurie helfen und damit den Durst schon ganz von selbst zum Verschwinden bringen. Wir stehen aber am Krankenbett oft genug hartnäckigen Durstzuständen gegenüber, bei welchen Flüssigkeitszufuhr entweder völlig erfolglos oder sogar kontraindiziert ist und diätetische Angriffspunkte wie beim Diabetiker nicht vorhanden sind. Verf. erinnert z. B. an den verzweifelten Durst der azotämischen Nierenkranken, im Insuffizienzstadium der chronischen Glomerulonephritis, oder der malignen Nierensklerose, bei welchem wahlloses Trinken nicht zulässig ist und übrigens auch den quälenden Durst in der Regel nicht lindert, sondern oft genug nur den Brechreiz steigert. Verf. erinnert ferner an den unerträglichen Durst bei schweren Magenblutungen auf dem Boden eines Ulcus ventriculi oder duodeni, sowie bei blutenden Magenkarzinomen und bei Peritonitischen. In fast allen diesen Fällen ist Trinken kontraindiziert und die Wirkung von rektalen Tropfklysmen oder subkutanen Kochsalzinfusionen, wie jeder Erfahrene weiß, oft genug von ganz ungenügender Wirkung auf die Durstqual. Wie manchesmal hat Verf. sich in solchen Fällen früher gesehnt nach einem wirksamen, vor allem unschädlichen Medikament zur Erleichterung solcher Kranken! Denn mit der Wirkung der vielempfohlenen Kautabletten war er stets unzufrieden, und das Alkaloid der Jaborandiblätter, das Pilocarpin, dessen

maximale Dosis schon bei 0,02 pro dosi und 0,04 pro die liegt, ist keineswegs harmlos infolge seiner Nebenwirkungen in Form von Pulsbeschleunigungen, profusen Schweißen, Herzklopfen, eventuellem Erbrechen und Durchfällen, zumal wenn es sich um Kranke mit reizbarem autonomen Nervensystem handelt, da Pilocarpin hier bekanntlich reizfördernd wirkt; Verf. denkt hier z. B. an die erhöhten Erregungszustände des vegetativen Nervensystems bei Thyreotoxischen, wo wir oft schon bei geringen Pilocarpindosen von 0,01 g — wie wir sie zur Prüfung der inneren Sekretion systematisch verwenden — stürmische Erscheinungen von Tachykardie, Zittern, und profusen Schweißen bei sehr unbehaglichem Allgemeinbefinden auftreten sehen. Prof. R. Wolffenstein hat nun im Verein mit Prof. A. Löwy eine Substanz synthetisch dargestellt, die pilocarpinartig wirkt, sich aber in weitgehendem Maße auch im Tierversuch als unschädlich erwiesen hat. Es handelt sich um ein Pyridinderivat, das gut löslich ist und sowohl innerlich als subkutan verwandt werden kann. Dieses Präparat, welches Verf. von der Firma Merck seit Anfang Oktober 1917 zur klinischen Prüfung zur Verfügung gestellt wurde, hat er seit jener Zeit in großem Umfang auf seine sekretionssteigernde Wirkung geprüft. Das Resultat dieser 1 $\frac{1}{2}$ jährigen Beobachtungen sei hier in kurzen Zügen mitgeteilt, da Verf. die Ueberzeugung gewonnen hat, daß wir dieses als Cesol bezeichnete Pyridinderivat mit Nutzen am Krankenbett als Antidiptikum verwenden. Natürlich ist es nur als rein symptomatisches Mittel zu betrachten, das vor allem die Speichelsekretion stark fördert, in geringerem Maße die Schweißbildung anregt und die unerwünschten Nebenwirkungen des Pilocarpins auf Herztätigkeit, Magendarmkanal und Nervensystem vermissen läßt. Seine Hauptindikation liegt daher in der Bekämpfung jener quälenden Durstzustände, die Verf. oben erwähnte: vor allem bei azotämischer Niereninsuffizienz, bei profusen Magendarmblutungen, bei Peritonitis, schließlich beim Diabetes insipidus und dem Botulismus. In allen diesen Zuständen hat das Cesol in Form von täglich mehrfach wiederholten subkutanen Injektionen ganz erhebliche Erleichterung gebracht, auch in solchen Fällen, in denen mit subkutanen Kochsalzinfusionen allein ein durststillender Effekt nicht zu erzielen war. Nur in ganz vereinzelten Malen sah Verf. bei großen Dosen lästige Nebenwirkungen in Form von Erbrechen und lästigem Schwitzen. In Fällen, in denen aus therapeutischen Gründen die Schweißsekretion angeregt werden soll, z. B. zur Beförderung von Resorption von Exsudaten, auch von renalen Oedemen, kann Cesol zweckmäßig als Diaphoretikum mit heißen Bädern kombiniert werden. Was die Darreichung anbelangt, so bevorzugt Verf. die Anwendung einer

sterilen 20prozentigen Lösung in Form von subkutaner Injektion. Man beginne mit $\frac{1}{4}$ Pravazspritze und steige, ohne ängstlich zu sein, mit der Dose je nach dem erzielten Effekt bis zu einer vollen Spritze von 1 ccm, event. mehrfach am Tage wiederholt. (Die in den Handel gebrachten Ampullen enthalten 0,2, also die volle Dose für eine Pravazspritze.) Die Verabreichung des Mittels in Geloduratkapseln (à 0,1) ist bequemer, aber zweifellos nicht so wirksam, empfiehlt sich deshalb nur in solchen Fällen, in denen die subkutane Injektion aus irgend einem Grunde weniger erwünscht ist: 1—2 Kapseln pro dosi, mehrfach täglich wiederholt. — Intoxikationserscheinungen hat Verf. auch bei Verabreichung größerer Dosen als der hier empfohlenen im Laufe der $1\frac{1}{2}$ Jahre nicht gesehen. (Ther. d. Gegenw. April 1919.)

Die Mobilisation der inaktiven Malaria und ein neues therapeutisches Hilfsmittel. Von Dr. Áladár Henszelman, Abteilungschefarzt. (Aus der Nachbehandlungsanstalt „Kaiserbad“ des ungarischen Kriegsfürsorgeamtes in Budapest.) Verf. hat Gelegenheit gehabt, in 6 Fällen die neue und sehr interessante pharmakodynamische Wirkung des Benzols zu beobachten. Es waren seine Beobachtungen in allen diesen Fällen so übereinstimmend, daß er sich veranlaßt fühlt, trotz der geringen Zahl der Fälle aus diesen weitere wichtige Folgerungen zu ziehen. Verf. dachte an die kleinen Dosen des Benzols als einen Reiz des erythropoëtischen Systems, als er noch vor anderthalb Jahren einen an tropischer Malaria mit Kachexie Erkrankten behandeln wollte, der auf Chinin und Salvarsan keine Besserung zeigte. Der 70jährige, aus Palästina geflüchtete Kranke litt jahrelang an dieser Krankheit und nahm fortwährend Chinin. Auf 3 mal 0,10 Benzol pro die bekam der bis dahin kontinuierlich fieberhafte Kranke typische Fieberanfälle mit Schüttelfrost, und auf die Verabreichung von Benzol + Chinin wurde er in kurzer Zeit parasiten- und fieberfrei, die Milz- und Leberschwellung gingen zurück, und die große Anämie verschwand. Die anderen an chronischer Tertiana Erkrankten hatten monatlich ein bis mehrere Male Fieberanfälle, alle mit einer ausgesprochenen Anämie. Auf Verabreichung von 3 mal 0,10, später 1 mal 0,50 Benzol (in caps. gelat. cum oleo) entstanden typische Fieberbewegungen am 1., 3., oder am 8. Tage, und diese wiederholten sich tagtäglich während des Benzolgebrauches. Nach dem Auslassen des Benzols blieben auch die Anfälle aus, manchmal aber hielten sie noch einige Tage an. Nach neuerlichem Benzolgebrauch kehrten sie immer wieder. Wenn Verf. dann nach diesen interessanten Beobachtungen therapeutisch Benzol mit Chinin oder Benzol mit Neosalvarsan kombinierte, wurden alle Kranken

gesund, fieber- und parasitenfrei. Seit Monaten sind diese Fälle ohne Rezidive, und die Anämie verschwand auch. Einer dieser Fälle, den Verf. vorher mit Chinin und Salvarsan ohne Erfolg behandelte, war kachektisch, mit fast täglichen kleinen Remissionen, ganz entkräftet ans Bett gefesselt. Die Inkubationszeit der Benzolwirkung ist 4—6 Stunden, also mit der Resorptionszeit des Chinins gleich. Nach diesen Erfahrungen scheint also Benzol der Mobilisator der latenten Malaria zu sein. Es scheint, daß die Gameten, die meistens in den erythropoëtischen Organen verborgen sind, auf diese Reizwirkung eine Sporulation erzeugen, wodurch junge Schizonten erscheinen, auf welche dann die Malariaspezifika ihre Wirkung ausüben können. Die Resultate sind so einheitlich, daß Verf. nicht mehr an einen Zufall denken kann. Es scheint vielmehr gerechtfertigt, Benzol als ein diagnostisches (auch differential-) und therapeutisches Hilfsmittel weiterer Forschung zu empfehlen. (W. kl. W. 1919 Nr. 24.)

Die Behandlung des Morbus Basedowii. Von Dr. Salzmann, Bad Kissingen.

1. Die Behandlung des Morbus Basedowii soll durch die Methoden der inneren Medizin geschehen, und grundsätzlich soll bald die Strahlenbehandlung dabei angewendet werden, da es ein besseres, sichereres und schonenderes Verfahren zurzeit nicht gibt.

2. Eine soziale Indikation der Basedow-Operation kann nicht anerkannt werden, da ambulante Strahlenbehandlung im gleichen Prozentsatz ohne Mortalitätsgefahr zum Ziel führt wie die chirurgische.

3. Der akute Morbus Basedowii, Status thymolympathicus, sowie Herzinsuffizienz bilden wegen der außerordentlich herabgesetzten Widerstandskraft der Kranken eine Gegenanzeige für die Basedow-Operation.

4. Einengung der Trachea durch die Struma, ferner die Fälle, bei denen durch die Methoden der inneren Medizin unter Einschluß der Strahlenbehandlung eine Besserung der Erkrankung nicht zu erzielen ist, sind unter Beachtung der Gegenanzeigen einer chirurgischen Behandlung zuzuführen.

Die Methode der Strahlenapplikation muß, um Schädigungen zu vermeiden, eine sehr vorsichtige sein. Es muß gefordert werden, weit entfernt von „Erlanger Dosen“ zu bleiben, die Verf. übrigens auch nicht bei der Myombehandlung anwendet, da die vorsichtige Albers-Schönberg-Methode noch immer regelmäßig und ohne Nebenwirkungen zum Erfolge führt. Verf. bestrahlte für gewöhnlich in 2 Serien; in der ersten Serie verabfolgte er 6—8 Bestrahlungen, in der nach etwa 4 wöchiger Pause folgenden zweiten Serie 4 bis

6 Bestrahlungen. Die zweite Serie erfolgt nur dann, wenn die Hauptsymptome des M. Basedowii, Tachykardie, Durchfälle und Abmagerung nicht wesentlich gebessert sind. Bei einer ganzen Reihe von Fällen, etwa 30 %, bedurfte es nur einer Bestrahlungsserie. In jeder Sitzung wurden 3 Felder bestrahlt, Mitte und beide Seiten. Verf. legt Gewicht darauf, daß bei den Bestrahlungen der Mitte das Feld so abgegrenzt wird, daß sicher die Thymusdrüse in den Strahlenbereich kommt. Auf jedes Feld wurden 3 x verabfolgt durch 1 mm Al-Filter oder $\frac{1}{8}$ mm Zn-Filter. Zwischen jeder Sitzung waren 2—3 Tage Pause, so daß eine Serie etwa 3 Wochen in Anspruch nahm. Während dieser Bestrahlungsperioden wurde in den meisten Fällen Ruhekur, reichliche und reizlose Ernährung sowie die Behandlung mit Arsenpräparaten durchgeführt. Antithyreoidin schien während der Bestrahlungen und auch danach ohne besonderen Einfluß zu sein. Verf. hatte den Eindruck, daß größere Gaben von Natr. phosphoricum bei einer größeren Reihe von Kranken von günstiger Wirkung waren. Ein Teil der Fälle mußte ambulant behandelt werden, unter Beibehaltung des Berufes bei möglichst gesteigerter Ernährung und unter Einhaltung von Ruhestunden am Tage der Bestrahlung. Eine Minderung der augenblicklichen Erfolge an sich sah Verf. dadurch nicht; er hatte aber mehrere Rezidive im Verlaufe eines Jahres, die durch eine kleine Bestrahlungsserie wieder beseitigt werden konnten. Eine ambulante Behandlung kann sonach mit Erfolg durchgeführt werden — wiederum ein Vorzug vor der chirurgischen Behandlung.

[(Ztsch. f. ärztl. Fortb. 1919 Nr. 2.)]

Zur Behandlung der akuten Pyelitis mit Neosalvarsaninjektionen. Von Priv.-Doz. Dr. E. Nathan und cand. med. H. Reinecke. (Aus der Dermatologischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M.) Wie sich aus Beobachtungen ergibt, scheint das Neosalvarsan nicht nur bei den chronischen Formen der Zystopyelitis (Gross), sondern auch bei der akuten Pyelitis, wie sie besonders im Verlauf der weiblichen Gonorrhoe aufzutreten pflegt, von therapeutischem Einfluß zu sein. Dafür sprach wenigstens die ausgesprochene Besserung im subjektiven Befinden der Kranken, die Abnahme der Spontan- und Druckempfindlichkeit der Nierengegend, das Auftreten einer lokalen Reaktion der Nieren, der Verlauf der Temperaturkurve und das Verhalten des Urins nach der Salvarsaninjektion. Verf. möchten daher empfehlen, in geeigneten Fällen, namentlich bei ganz akuter Pyelitis, in der ein aktives Vorgehen mit Nierenbeckenspülungen kontraindiziert oder aus irgendwelchen Gründen überhaupt nicht möglich ist, einen Versuch mit der Neosalvarsanbehandlung zu machen, namentlich da bei

der hier geübten Form der Neosalsanbehandlung in Dosen von 0,15 g jeden 2. bis 3. Tag irgendeine schädliche Nebenwirkung seitens des Salvarsans nicht zu befürchten ist.

(M. m. W. 1919 Nr. 22.)

Salvarsan bei Alveolarpyorrhoe. Von Prof. Euler, Erlangen.

1. Bei der Alveolarpyorrhoe handelt es sich offenbar um eine lokale Spirochätose.

2. Eine besondere Form, die Spirochäte pyorrhoeica in Verbindung mit dem Bacillus fusiformis, scheint bei der Entwicklung und Ausdehnung der Pyorrhoe eine große Rolle zu spielen.

3. Der Grund des Leidens besteht wahrscheinlich in einer abnorm starken Vermehrung der beiden Mikroorganismen.

4. Voraussetzung für diese Vermehrung ist eine durch örtliche Momente, wie besonders den Zahnstein, verursachte marginelle Gingivitis.

5. Die beiden Mikroorganismen können saprophytisch auch am normalen Zahnfleisch vorkommen, sind aber, solange sie in geringem Maße bestehen, nicht pathogen.

6. Die Einwirkung des Salvarsans ist eine sehr prompte, sie führt zunächst zu stärkerer Reaktion, dann aber zur schnellen Abnahme der Spirochäte und damit zur Besserung des Leidens.

7. Für leichtere Fälle genügt die 10 %ige Verwendung in Mischungen mit Vaseline und Glyzerin in sinngemäßer Form vollkommen, für Fälle mittleren Grades wäre die örtliche Injektion weiter zu versuchen, für ganz schwere Fälle bleibt die intravenöse Injektion in nicht zu kleinen Dosen.

8. Die rein zahnärztliche Behandlung darf dabei nicht vernachlässigt werden.

Einzelheiten für 7 und 8: Sehr zahlreich sind die Versuche, die A.-P. durch örtliche Anwendung von Salvarsan ohne Injektion zu behandeln, und zwar hat dabei ganz allgemein die 10 %ige Vaseline- und Glyzerinmischung Verwendung gefunden. Die erstere ist für die Einreibung des Zahnfleisches, die letztere für die Einführung in die Zahnfleischtaschen bestimmt. Zilz verfährt dabei so, daß er Wattefäden mit der Lösung tränkt und sie 10–15 Minuten lang in der Tasche liegen läßt. Dies wird 8–14 Tage lang einmal täglich wiederholt, kann aber auch durch 3 Wochen ohne jede Schädigung fortgesetzt werden. Andere bringen die Lösung mittels feiner Pipette oder einer Spritze mit abgestumpfter Kanüle möglichst weit in die Tiefe der Tasche, wieder andere umwickeln einen feinen Spatel, eine Sonde usw. mit getränkter Watte und gehen damit in die Tasche ein. Und alle berichten, wenigstens bei leichteren Fällen, gute Erfolge; dagegen scheint sich die Ein-

führung von Salvarsan in Pulverform nicht bewährt zu haben. Faßt man die gesammelten Erfahrungen zusammen, so ergibt sich Folgendes: Für die leichteren Fälle genügt die örtliche Behandlung ohne Injektion vollkommen, für schwerere scheint die intragingivale Methode der Injektion unter Umständen brauchbar zu sein, für ganz schwere Fälle bietet die intravenöse Injektion den meisten Erfolg; greift man zur letzteren, so muß, um Dauerheilung zu erzielen, die Dosis verhältnismäßig hoch bemessen werden. Mit Mengen von 0,1—0,2 war Plaut nicht sehr glücklich. Hofer hat mit 0,3 bereits bessere Wirkung gesehen. K ü m m e l ist sogar auf 0,3 in der ersten und 0,6 in der zweiten und eventuell dritten Sitzung hinaufgegangen. Selbstverständlich ist, daß man neben der Salvarsanbehandlung nicht die Beseitigung des exzitierenden lokalen Momentes, Zahnstein usw. übersehen darf. Es erscheint keineswegs notwendig, daß man das schon gleich bei Beginn tut, man kann wohl die erste Wirkung und beginnende Besserung der Zahnfleischbeschaffenheit abwarten, dann aber muß möglichst gründlich vorgegangen werden: Zunächst mechanische Entfernung des Zahnsteines, dann Auftragen von 30 % iger Salzsäure, um die letzten Reste aufzulösen, hierauf Neutralisierung mit Natr. bic. und möglichste Politur der Zähne. Beyer empfiehlt noch während der Dauer der örtlichen Salvarsanbehandlung 3 mal täglich Spülen mit H_2O_2 und 3 mal täglich Putzen der Zähne mit einem Gemisch von Schlemmkreide 50,0, Natr. bic, 25,0.
(Ther. Mhf. 1919 Nr. 4.)

c. Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ein einfaches Mittel gegen das Schwangerschaftserbrechen ist nach C. v. Wild in Kassel die Magenspülung. Verf. hat nie einen Mißerfolg gehabt. Oft genügt eine Spülung.
(Zbl. f. Gynäk. 1919 Nr. 32.)

Ueber die Anwendung des Tenosins in der Gynäkologie. Von Dr. E. Kosminski. (Aus San.-Rat Dr. Abels Frauenklinik in Berlin.) Im ganzen behandelte Verf. mit Tenosin bisher 58 Fälle, unter diesen 14 Aborte, die übrigen 44 verteilten sich folgendermaßen: 15 Fälle von Salpingitis, 4 Fälle von Tuboovarialtumor, 7 Fälle von Dysmenorrhoe, 3 Fälle von Retroflexio, 5 Fälle von Menorrhagien, 2 Fälle von Myomen, 6 Fälle von Endometritis (darunter 2 post abortum). 2 Fälle, die zur Operation in die Klinik kamen und bei der Aufnahme menstruierten, erhielten zur Abkürzung der Periode Tenosin, wodurch sie erheblich schneller beendet wurde als sonst (früher 8, diesmal 3 Tage). Auch in den übrigen Fällen

wurde eine rasche Beendigung der Blutung erzielt. Die Patienten gaben zum Teil spontan an, daß sie nach der Injektion wehenartiges Ziehen im Unterleib verspürten als Zeichen starker Uteruskontraktionen auch im nicht graviden Zustande. Tenosin konnte Verf. in ziemlich hohen Dosen geben, es wurde stets gut vertragen. Unangenehme Nebenwirkungen (Rötung an der Injektionsstelle, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Erbrechen) konnte er in keinem Falle feststellen. Er gab innerlich 3 mal täglich 20 Tropfen, in 3 Fällen 4—5 Tage lang, oder Injektionen von 1 ccm bis zu 3 mal täglich. In einem sehr hartnäckigen Falle von Gebärmutterblutungen bei Ovarialtumor und Myom, der später operiert wurde, gab Verf. 10 Injektionen, d. h. 5 Tage lang je 2, die ohne Beschwerden vertragen wurden. In diesem Falle hörte die Blutung einige Tage auf, um dann wieder einzusetzen. Bei den Fällen von Dysmenorrhoe war die Periode viel weniger schmerzhaft sowie auch von kürzerer Dauer. Blutungen, die sonst 8—14 Tage anhielten, endeten in 4—5 Tagen. Eine Patientin wollte bei der Entlassung durchaus eine Flasche Tenosin mitnehmen, da ihre Periode noch nie so rasch und schmerzlos verlaufen sei. Sie hatte schon früher Styptol und Erystyptikum ohne jeden Erfolg genommen. In 2 Fällen, wo Sekaleinfus bei Menorrhagien versagte, genügten 3 Tage Tenosin innerlich, um die Blutung zum Stillstande zu bringen. In einem Falle von sekundären Blutungen bei Herzfehler gab Verf. neben Strophanthus auch Tenosin, nachdem zwei Flaschen Sekaleinfus keinen Stillstand der Blutung hatten herbeiführen können. Wenn auch die günstige Wirkung des Herzmittels sicher zur Besserung beitrug, hat Tenosin auch hier seine gute Wirkung ausgeübt, die sich bei der Patientin durch starkes wehenartiges Ziehen bemerkbar machte. Auch bei den Fehlgeburten wirkte Tenosin prompt und energisch. Unter 14 Fällen befanden sich 2 im 5. Monat wegen Tuberkulose der Lungen eingeleitete Schwangerschaftsunterbrechungen. Bei diesen konnte Verf. die gut kontrahierende Wirkung des Tenosins auf den Uterus besonders feststellen. Die übrigen 12 Aborte befanden sich im 2. und 3. Monat. Injektionen wirkten hier stärker als Tropfen. In 3 Fällen von Auskratzung folgten nach Tenosinabgabe am 2. Tage kleine Plazentarestes. In 2 Fällen von fieberhaftem Abort sank das Fieber prompt zugleich mit Stillstand der Blutung, der trotz der Auskratzung erst nach Tenosinabgabe erzielt wurde.

(D. m. W. 1919 Nr. 30.)

Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Von Dr. Hans Albrecht und Dr. Sophie Funck (Aus der II. Gynäkologischen Universitätsklinik München). Auf Grund ihrer therapeutischen Er-

fahrungen haben Verff. für die ambulatorische Behandlung folgendes Behandlungsschema aufgestellt:

- a) Allgemeinbehandlung: Keine schwere Körperarbeit, bei Menstruation möglichste Ruhe; Diuretika, Harnantiseptika, Stuhlsorge.
- b) Lokalbehandlung. 1. Uterusgonorrhoe: Durch Patientin: Täglich 1—2 mal Scheidenspülung mit 30—50 %iger Chlorzinklösung, 1 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser. Abends wenn möglich heißes Sitzbad (38° C) 10 Minuten. Durch Arzt: Täglich 1—2 mal Scheidenbad mit Arg. nitr. 1:5000 bis 1:100 steigend (nach Entfaltung der Scheide mit Spekulum mittels Tupfern oder Gaze, welche mit der Lösung getränkt sind und 5 Minuten liegen gelassen werden). Sodann Auswischen des Zervikalkanals mit wattearmerter Playfairsonde oder Mengeschen Hartgummistäbchen oder Sängerschen Stäbchen: Sonde nicht über inneren Muttermund hinauschieben! Zum Auswischen dient 5 später 10 %ige Arg.-nitr.-Lösung, bei hartnäckigen Fällen 10—20 %iges Formalin, letzteres nur alle 3—4 Tage. Hierauf Einführen eines wasserlöslichen Protargolstäbchens 10 %, 2,5 cm lang (Firma Bayer). Einschütten von reichlich Choleval (1 %) — Lenicet (10 %) — Bolus subt. pulv. in die Vagina bis zum Introitus herab (nach dem Verfahren der hiesigen dermatol. Klinik). 2. Urethralgonorrhoe: Nach Urinentleerung Injektion von 10—15 ccm nachfolgender Lösungen mittels gewöhnlichen Glaskatheters und Handspritze: Sol. Argonin 2,5 %, dazu Argentamin 0,5 zu 200, später Sol. Protargoli 2—5 %. Anschließend Einführen eines wasserlöslichen Urethralstäbchens mit 2—5 % Protargolzusatz oder 5, 10 und 20 % Isoform.
- c) Vakzinebehandlung: Alle 3 Tage intramuskuläre Injektion von Gonokokkenvakzine (Gonargin, Vaccigon, Arthigon) beginnend mit 20 Millionen, bei jeder folgenden Injektion steigend um 50 Millionen bis zu 800 Millionen. Im allgemeinen soll der Temperaturanstieg nach jeder Injektion nicht mehr und nicht weniger als 1° betragen.

Lokal- und Vakzinebehandlung darf nur bei unkomplizierten und bei nicht mehr fiebernden komplizierten Gonorrhoeefällen angewendet werden.

- d) Neben der Vakzineprovokation lokale chemische Provokation mit Lugolscher Lösung nach Blaschko ($\frac{1}{2}$ —1 % J. enthaltend) oder 10 % H_2O_2 nach Scholtz.

Da die ambulatorische Behandlung praktisch und zeitlich vom übrigen Ambulationsbetrieb zu trennen ist, erscheint es notwendig,

daß an den in Betracht kommenden Abteilungen eigene Ambulatorien mit entsprechend ausgebildetem ärztlichen Personal für die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe eingerichtet werden. Diese Ambulatorien müßten in enge Fühlung mit den Beratungsstellen treten und könnten in gegenseitiger Unterstützung in der Bekämpfung der gefahrdrohenden Seuche sich gewiß auf's wirksamste unterstützen. Die Behandlung in diesen Ambulatorien müßte sich auf die unbemittelten Kranken beschränken, für welche eine so mühevoll und zeitraubende privatärztliche Behandlung undurchführbar ist. Verff. sind weit entfernt davon, sich utopistischen Hoffnungen in der Bekämpfung der weiblichen Gonorrhoe hinzugeben, denn die geübte Behandlung stellt an die Ausdauer des Behandelnden und der Behandelten die denkbar größten Anforderungen, und wahrscheinlich wird jeweils nur ein geringer Teil von Aerzten und Kranken durchhalten. Aber die Gewißheit, auch diese hartnäckigste und gewiß am schwersten heilbare Geschlechtskrankheit doch bei Aufbietung aller Kraft und Geduld einer Heilung zuführen zu können, muß vor verzweifelter Resignation bewahren und gleichzeitig auf eine einfachere und kürzer dauernde Methode hoffen lassen. Freilich ist es bequemer, sich zu der Devise von Julien: „Wann die Gonorrhoe beginnt, wissen wir, wann sie endet, weiß der liebe Gott“ zu bekennen, die weibliche Gonorrhoe als unheilbar zu bezeichnen und ihre Behandlung abzulehnen, aber unter den heutigen Verhältnissen erscheint die Proklamation eines solchen Nihilismus ebenso unzulässig als verderblich.

(M. m. W. 1919 Nr. 27.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 6.— aussch. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

29. Jahrgang

Nr. 3.

Dezember 1919

Aetiologisches.

Pankreaserkrankung als Ursache des Nichtgedeihens von Kindern. Von Dr. Fritz Passini (Primärarzt des Leopoldstädter Kinderspitals in Wien). Zwei Kinder eines Elternpaares gehen an Infektionen der Luftwege rasch zugrunde, das Erstgeborene hatte bis zum 9. Lebensmonate trotz aller Ernährungsversuche mit verschiedenen Ammen und mit Flaschenmilch nach geringen Zunahmen und Abnahmen sein Geburtsgewicht kaum verändert. Bei diesem Säugling waren bei jeder Diätform vermehrte, abnorm gefärbte, dünnflüssige Stühle zu beobachten und erwiesen sich die Färbepreparate aus den Fäzes fast frei von Mikroorganismen. Die Untersuchung der Stühle ergab weiter einen deutlichen Mangel der Fettverdauung, indem den Fäzes zahlreiche Fettröpfchen beigemischt waren. Die Annahme, daß es sich bei diesem Säugling um ein Kranksein der Pankreasdrüse handeln könnte, wurde vom Obduzenten bestätigt, indem er schwere Veränderungen darin nachweisen konnte. Es waren zystische Entartungen der Drüsen in dem verkleinerten, zur Hälfte der normalen Größe reduzierten Organe zu finden neben deutlichem Schwunde der Langerhansschen Inseln. Diabetes sowie Lues und Tuberkelbazilleninfektion konnten klinisch und pathologisch-anatomisch ausgeschlossen werden. Diesem einer Bronchopneumonie erlegenen ersten Kinde folgte in kurzer Zeit die Geburt eines Geschwisters, das bei der gleich einsetzenden Ammennahrung und anderen Ernährungsversuchen auch nicht entsprechend zunahm. Am Ende des 2. Lebensmonats akquirierte der Säugling, der noch auf dem Anfangsgewichte stand, eine Bronchopneumonie mit anschließendem Empyem. Die Obduktion und histologische Untersuchung wies auch in diesem Falle eine in gleichem Sinne veränderte Pankreasdrüse auf, indem wieder zystische Degeneration

der Drüsen und Schwund der Langerhansschen Inseln gefunden wurden. Es konnte weiter bei einem Kinde, das im 18. Lebensmonate mit seinem Geburtsgewicht starb, ein pathologisch-anatomischer Befund erhoben werden, der sich jedoch in seinen Details von den vorherigen unterschied. Dieser fortwährend beobachtete Säugling hatte sich allen Versuchen der natürlichen und der künstlichen Ernährung gegenüber refraktär erwiesen, er zeigte zeitweilige mäßige Anstiege im Körpergewicht, denen aber bald wieder Gewichtsstürze folgten. Einer Bronchopneumonie erlegen, konnte an ihm eine relativ große Bauchspeicheldrüse konstatiert werden, in welcher sich neben erweiterten Ausführungsgängen mit Sekretretention auch Herde nekrotischen Parenchyms fanden. Diese sind nicht durch postmortale Aenderung zustande gekommen, sondern entsprechen den Veränderungen, wie man sie bei Pankreasnekrose zu sehen gewohnt ist. In diesen 3 Fällen fanden sich demnach pathologische Veränderungen der Pankreasdrüse, die wohl zur Annahme berechtigen, daß an dem Refraktärsein dieser Säuglinge gegenüber jedem Diätverfahren ein Mangel in der Funktion der Bauchspeicheldrüse schuldtragend sein dürfte. Ob der Defekt der Pankreassekretion in quantitativer Hinsicht Folgeerscheinungen hinsichtlich der Verarbeitung der Nährstoffe ausgeübt hat, oder ob es sich um ein minderwertiges Sekret dieser Verdauungsdrüse gehandelt hat, kann unentschieden bleiben. Die anatomischen Befunde bei den erstangeführten Säuglingen sprachen wohl eher für die Annahme eines Apankreatismus bzw. Hypopankreatismus, während im letztangeführten Falle ein Dyspankreatismus in Betracht käme, mit dem vielleicht die nach einer bestimmten Richtung hin veränderte Bakterienflora des Darmes in Zusammenhang zu bringen ist. Besondere Aufmerksamkeit ist wohl auch dem Umstande zuzumessen, daß die beiden erstangeführten Säuglinge Kinder eines Elternpaares in rascher Aufeinanderfolge der Geburten waren. Wenn auch in der Aszendenz keinerlei Anhaltspunkte auffindbar waren für eine hereditäre Darmschwäche, lassen doch die Befunde die Deutung zu, daß hier eine familiäre angeborene Veränderung dieses lebenswichtigen Organs zugrundeliegen könnte. Bei dem letzten der drei angeführten Fälle wäre es möglich, daß die schädigenden Einflüsse auf das Gewebe der Bauchspeicheldrüse erst nach der Geburt eingesetzt haben. Die vorgebrachten Krankheitsfälle und deren pathologisch-anatomische Befunde sprechen dafür, daß man der histologischen Untersuchung der Pankreasdrüse bei nicht gediehenen Säuglingen und auch in allen jenen Fällen, die als Hertersch „Infantilismus“ diagnostiziert werden, eine besondere Beachtung schenken müsse. Bei Ausschluß von Lues und Tuberkulose durch die entsprechenden Reak-

tionen könnten angeborene oder später eventuell durch bakterielle Einwirkung hervorgerufene Veränderungen in der Pankreasdrüse Anlaß zum Zurückbleiben von Säuglingen und jüngeren Kindern sein. Hier waren grobe anatomische Abweichungen von der Norm zu konstatieren, bei den leichteren, genesenden Fällen wäre an ein Unterfunktionieren des Organes zu denken. Ob nun auch bei diesen Kindern, wenn sie, gelegentlich an einer interkurrenten Krankheit gestorben, zur Autopsie gelangen, das mikroskopische Bild der Pankreasschnitte Aufklärung bringt für das klinische „Versagen der Darmleistung“, muß weiteren Untersuchungen überlassen werden.
(D. m. W. 1919 Nr. 31.)

Durch Muttermilch übertragene Arzneiexantheme (Brustkindtoxidermien). Von Erich Hoffmann (Aus der Hautklinik der Universität in Bonn). Verf. mahnt, bei Brustkinddermatosen auf diese Ätiologie zu achten. Wenn auch selten, so ist sie doch wiederholt konstatiert worden. Vor allem Bromexantheme. Aber auch Jod-, Aspirin- und Arsenausschläge sind beschrieben.
(D. m. W. 1919 Nr. 37.)

Beitrag zur Frage der traumatischen Apoplexie. Von Oberarzt Dr. G. Joerdens (Aus der II. inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden - Friedrichstadt). Eine häufig sehr schwierige Frage aus dem Gebiete der Unfallerkkrankungen ist die Entscheidung über den ursächlichen Zusammenhang eines Schlaganfalls mit einem Trauma. Tritt während der Berufsarbeit ein Schlaganfall auf, so ist zunächst festzustellen, ob Momente vorliegen, die eine beträchtliche Erhöhung des Blutdruckes zur Folge haben. Als solche gelten angestrengte Arbeit, besonders in gebückter Stellung, Arbeiten in der Hitze, ferner starke psychische Erregungen. Bei Kopfverletzungen wird man um so eher geneigt sein, den ursächlichen Zusammenhang mit einer Hirnblutung anzunehmen, wenn gleichzeitig an den Gehirngefäßen krankhafte Veränderungen bestehen, die das Auftreten einer solchen Blutung begünstigen. Die häufigste Ursache der auf Grund innerer Erkrankungen entstandenen Hirnblutungen sind arteriosklerotische Veränderungen der Gehirngefäße, außerdem spielen Syphilis und Schrumpfnieren noch eine große Rolle. Blutungen, die auf eines dieser Grundleiden zurückzuführen sind, haben hauptsächlich ihren Sitz im Bereich der großen Ganglien; - Hirnblutungen dagegen sind meist Zeichen einer mechanischen äußeren Gewalteinwirkung. Bei Zerreißung gesunder Gehirngefäße handelt es sich im allgemeinen um oberflächlich gelegene Gefäße, meist um die der Hirnhaut. Die Zerreißung eines gesunden Gefäßes in der Tiefe des Gehirns

ist eine so große Seltenheit, daß in dem Handbuch der Unfall-erkrankungen von Thiem ein derartiges Vorkommnis wohl als theoretisch möglich, jedoch nicht für erwiesen gehalten wird. Denn die mechanische Dehnung der in der Tiefe des Gehirns gelegenen Gefäße durch das Trauma könne nur eine ganz unbedeutende sein im Gegensatz zu den oberflächlich gelegenen Gefäßen, abgesehen davon, daß auch eine besonders starke Gewalteinwirkung dazu erforderlich sei. Einen Beitrag zu dieser Frage bildet folgende Beobachtung. Friedrich O., 19 Jahre alt, wurde am 15. Januar 1918 aufgenommen. Vorgeschichte: Als Kind Lungenentzündung, sonst stets gesund. Ist Lehrling in einer Bäckerei und gibt an, er sei am 12. Januar 1918 infolge Ausgleitens angeblich etwa 4 m hoch von Mehlsäcken heruntergestürzt und mit dem Kopf aufgeschlagen. Bewußtlos will er nicht gewesen sein; nach dem Sturz habe er mehrmals erbrochen, das letztmal am 13. Januar. Sofort nach dem Sturz sei der linke Arm und das linke Bein gelähmt gewesen. Krämpfe habe er nicht gehabt, habe auch nicht aus Mund, Nase oder Ohr geblutet. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus klagt er nur über sehr starke Kopfschmerzen, sonst keine Beschwerden. Befund: Mittelgroßer, grazil gebauter Junge von mäßigem Ernährungszustand. Keine Oedeme, Exantheme, Drüenschwellungen. Schädel im ganzen etwas klopfempfindlich, sonst keine Anzeichen einer Verletzung nachweisbar. Trommelfell beiderseits normal. Nervensystem; Pupillen mittelweit, links etwas weiter als rechts. Links Lichtreaktion etwas langsamer als rechts. Augenhintergrund beiderseits normal. Linkes Auge bleibt beim Blick nach außen deutlich zurück. Patient behauptet jedoch, keine Doppelbilder zu haben, auch sonst keine Sehstörungen. Geringe Schwäche im linken Mundfazialis. Zunge wird gerade herausgestreckt. Schlaffe Lähmung des linken Armes und Beines. Armreflexe beiderseits +. Bauchreflexe fehlen links, rechts gut auslösbar. Patellar- und Achillesreflexe beiderseits in gleicher Stärke auslösbar. Fußsohlenreflex: Rechts normal, links Babinski +. Keine Blasen-Mastdarmstörungen. Sensibilität normal. Andeutung von Cheyne-Stokesschem Atmen. Puls kräftig, regelmäßig, 72 Schläge in der Minute. Temperatur: 36,8°. Patient ist etwas erregt, nachts unruhig, der Schlaf ziemlich unruhig. Sonst Sensorium frei. Im Urin kein Eiweiß, kein Zucker. Am 17. Januar, mittags, plötzlich Bewußtlosigkeit, Zyanose, ausgesprochenes Cheyne-Stokessches Atmen. Puls 48 Schläge. Nach einer Stunde Exitus. Sektion: In den weichen Schädeldecken an der Unterseite punktförmige Blutaustritte. Schädel unverletzt, sehr dünn, elastisch. Blutung in den Siebbeinzellen. Dura und Sinus normal blutgefüllt, ebenso weiche Häute und Gefäße der Hinterbasis. Hirnnerven

ohne Besonderheiten. Großhirn: Rechte Seite tritt vor, zeigt stark abgeplattete Windungen (etwas auch links). In der rechten Seite ausgedehnter Blutungsherd, lang (sagittal) 9 cm, breit 6 cm, tief 8 cm, in der hinteren Hälfte des Ventrikels und des umliegenden Gewebes gelegen, insbesondere des in die Hemisphäre hinein bis nahe an die Peripherie reichenden Gewebes sowie bis in den Balken hinein, Wandung erweicht, mit abstreifbaren Kruormassen bedeckt, bräunlichgelb gefärbt, im Balken punktförmige Blutungen. Sonst keine Veränderungen im Gehirn. Brustsitus: Verwachsungen beider Pleuren fast in ganzer Ausdehnung, doch leicht zu lösen. Thymus nicht vergrößert. Brustfell trüb, leicht uneben, mit geringen Auflagerungen. Herzbeutel nicht verwachsen. Herz etwas über faustgroß, Muskulatur mäßig kontrahiert, braunrot gefärbt, ohne Schwielen, Foramen ovale geschlossen. Wand des rechten und linken Herzens etwas verdickt. Trabekelsystem leicht abgeplattet. In beiden Kammern finden sich lockere Kruor- und Speckhautgerinnsel. Herzklappen und Koronargefäße zart. Große Gefäße zart, es fällt auf, daß die Aorta sehr leicht durchreißt. Hyperämie der Lungen, Schwellung der Mesenterialdrüsen. Verkreideter Lymphknoten an der Bifurkation der Trachea. Uebrig Organe ohne Besonderheiten. In der Literatur konnte Verf. nur zwei hierhergehörende Beobachtungen finden. Die eine ist der von Dahlen beschriebene Fall: Es handelte sich um einen Musketier, der beim Gerätewechseln von einem Kameraden seitwärts geschleudert wurde und mit der linken Stirnseite gegen den Hinterkopf eines anderen, stillstehenden Mannes schlug. Es trat sofort Bewußtlosigkeit ein, die bis zum nächsten Tage dauerte. Außer einer Lähmung der rechten Körperhälfte bestand Sprachstörung. Während die Lähmung im Laufe der nächsten Monate zurückging, blieb eine transkortikale motorische Aphasie. Der Mann verstand alles; konnte gut lesen und schreiben, sogar laut lesen, nicht allzu schwere Worte auch nachsprechen, dauernd gestört blieb aber die Fähigkeit, beim Sprechen aus eigenem Antrieb die Worte richtig zu wählen und nach Diktat zu schreiben. Im Handbuch der Unfallkrankungen von Thiem wird der Fall so gedeutet, daß sich ein Hämatom der Dura mater während der Zeit der Bewußtlosigkeit entwickelt haben könnte. Die lange Dauer der Bewußtlosigkeit brauchte nicht durch eine apoplektische Blutung bedingt zu sein, sondern könnte auch die Folge einer gleichzeitig stattgefundenen Hirnverletzung sein. Im zweiten Fall, der vom Verf. des obenerwähnten Handbuches selbst beobachtet ist, handelt es sich um ein 16 jähriges Dienstmädchen, das infolge Ausgleitens auf einem schneeverwehten Hof, während es zwei gefüllte Futtereimer trug, rückwärts zu Boden stürzte und bewußt-

los liegen blieb. Der Arzt stellte außer mehreren blutunterlaufenen Stellen am Körper eine Lähmung des rechten Armes und Beines sowie Sprachstörungen fest. Nach etwa 4 Monaten bestand noch eine Parese der rechten Körperseite. Die rechte Hand stand in Beugekontraktur, der Daumen in die Hohlhand eingeschlagen, die Finger in den Grundgelenken gebeugt. Ferner linksseitige Fazialislähmung, Zunge wird gerade herausgestreckt, Reflexe auf der gelähmten Körperseite gesteigert. Das rechte Bein schleppte beim Gehen nach. Keine Sensibilitätsstörungen. Herzbefund normal. Blutarmut mäßigen Grades. Urin frei von fremden Bestandteilen. Es wurde eine Blutung in der linken Brückenhälfte unterhalb der Kreuzung des linken Fazialis angenommen. Für einen Erweichungsherd auf Grund einer Embolie fehlte jeder Anhaltspunkt. Da die Lähmung unmittelbar nach dem Unfall eintrat und auch sonst keine Ursache für die Blutung zu finden war, wurde dieselbe auf das Schädeltrauma zurückgeführt. Der begutachtende Arzt konnte sich nicht entschließen, die Zerreißung eines völlig normalen Gefäßes in der Tiefe des Gehirns anzunehmen, sondern er glaubte, daß infolge der bei der Verletzten bestehenden Blutarmut eine fettige Degeneration der Gefäßintima vorlag, und daß dann die Ruptur des weniger widerstandsfähigen Gefäßes infolge des Schädeltraumas erfolgte. Was den von Verf. beobachteten Fall betrifft, so handelte es sich um einen jungen Mann, der außer einer Lungenentzündung ganz gesund war, und bei dem auch die Sektion keinen Anhaltspunkt für eine Gefäßschädigung ergeben hatte. Das Zustandekommen der Blutung muß man sich wohl so erklären, daß zunächst infolge des Traumas durch Zerreißen eines Gefäßes eine kleine Blutung in der motorischen Region entstanden war, die dann in den Ventrikel durchbrach und so den Tod herbeiführte. Ob man aus der Bemerkung des Sektionsprotokolls, daß die Aorta auffallend leicht durchreißt, auf ähnliche Veränderungen der Gehirngefäße zu schließen berechtigt ist, hält Verf. für zweifelhaft; jedenfalls muß man mit derartigen Schlüssen sehr vorsichtig sein, da bekanntlich schwere Veränderungen an Aorta und peripheren Gefäßen sich finden können bei völlig normalen Gehirngefäßen und umgekehrt. Verf. ist daher der Ansicht, daß hier die Schädelverletzung zur Zerreißung eines gesunden Blutgefäßes in der Tiefe des Gehirns und so zu einer tödlichen Blutung führte. Vielleicht spielt hier auch das Alter des Verletzten eine Rolle, denn auch bei den zwei erwähnten ähnlichen Beobachtungen handelte es sich um Personen jüngeren Alters. Wie in Verfs. Falle aus dem Sektionsprotokoll hervorgeht, war hier der Schädel sehr dünn und elastisch, wodurch sich wohl auch erklären läßt, daß es nicht zu einem Bruche des knöchernen Schädels kam. Es liegt daher die

Vermutung nahe, daß bei einer derartigen Beschaffenheit des Schädels jugendlicher Individuen eine starke äußere Gewalteinwirkung noch leichter isolierte Zerstörungen in der Tiefe des Gehirns hervorrufen kann als bei älteren Personen. Die Wichtigkeit der Frage des ursächlichen Zusammenhanges von Apoplexie und Unfall berechtigt zur Mitteilung derartiger Beobachtungen. Denn wenn schon die Möglichkeit besteht, daß im Anschluß an ein Schädeltrauma die Ruptur eines gesunden Gefäßes in der Tiefe des Gehirns entstehen kann, ohne daß gleichzeitig eine Hirnhautblutung oder ein Schädelbruch besteht, so ist natürlich die Entstehung einer traumatischen Blutung an der Stelle, an der wir die typischen Apoplexien zu finden pflegen, um so eher möglich, wenn bereits arteriosklerotische Veränderungen an den Gehirngefäßen bestehen. Allerdings wird man bei der Annahme des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Schädelverletzung und einer derartigen Blutung sehr vorsichtig sein, und wird die Art des Unfalls und den ganzen klinischen Befund besonders dabei berücksichtigen müssen, wenn man bedenkt, daß bei Leuten in höherem Alter der Schlaganfall mit zu den häufigsten Todesursachen gehört. — Nachtrag: Weiterer Beitrag zur Frage der traumatischen Apoplexie: Es handelte sich um einen 27jährigen Kanonier, der von einem Wagen gestürzt war und bewußtlos ins Lazarett eingeliefert wurde, wo er, ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben, nach 12 Stunden starb. Bei der Sektion fand sich ein Bluterguß in den weichen Schädeldecken rechts etwa handtellergroß. Knöchernes Schädeldach und Schädelbasis völlig intakt, nirgends Frakturen oder Fissuren. Harte Hirnhaut intakt. In den Maschen der weichen Häute über der rechten Hemisphäre eine geringe Menge flüssigen Blutes. Basalarterien zart. An den Polen des Gehirns keine Quetschungen. Gehirnkammern enthalten etwas sanguinolente Flüssigkeit. In der rechten Hemisphäre entsprechend der vorderen Hälfte dicht außerhalb der großen Nervenknotten eine überhühnereigroße, mit locker geronnenem Blute erfüllte Höhle mit etwas zerfetzten Wänden, die Höhle im allgemeinen scharf gegen die Umgebung abgesetzt. In der Umgebung die weiße Substanz etwas stärker durchfeuchtet, mit vereinzelten punktförmigen Blutungen. Die Höhle reicht medianwärts bis an den Schweifkern, lateralwärts bis fast an die Rinde, nach vorn bleibt sie etwa 3 cm vom vorderen Stirnpol entfernt, und nach hinten reicht sie bis zum vorderen Drittel des Sehhügels, ohne aber in ihn einzudringen. Sonst die weiße Substanz ziemlich derb, mäßig blutreich, Rinde von gewöhnlicher Breite, blaß. Große Nervenknotten, Brücke, Kleinhirn und verlängertes Mark ohne Besonderheiten. An den Brust- und Baueingeweiden keine Ver-

änderungen. Herz nicht hypertrophisch, keine Arteriosklerose. Es handelt sich also hier um einen weiteren Fall, bei welchem im Anschluß an ein Schädeltrauma ohne Verletzung des knöchernen Schädels und der harten Hirnhaut eine Zerreißung eines Blutgefäßes in der Tiefe des Gehirns bei einem völlig gesunden jugendlichen Individuum eintrat. (M. Kl. 1919 Nr. 38.)

Diagnostisches.

Der Pektoralfremitus bei genuiner fibrinöser Pneumonie.
Von Dr. Z a d e k (Aus der internen Abteilung des Krankenhauses der Stadt Neukölln).

1. Es wurden 300 Fälle von einseitiger genuiner Lungenentzündung der verschiedensten Lokalisationen und Kombinationen während der Höhe der pneumonischen Infiltration zwischen dem 3. und 7. Krankheitstag auf das Verhalten des Atemgeräusches und des Stimmfremitus genau untersucht; der Prüfung wurden unmittelbar Probepunktionen der Pleura an der Stelle des entzündeten Lungenabschnittes angeschlossen und für die diagnostischen Beziehungen von Erguß zum Stimmzittern das Bestehen einer echten Pleuritis exsudativa angenommen, wenn diese Punktion an ein und derselben Stelle mindestens 5 ccm und höchstens 20—25 ccm Flüssigkeit ergab. Diese in vivo gefundenen Mengen entsprechen nach den Sektionsbefunden ungefähr den zehnfachen tatsächlich vorhandenen.

2. Ein solches Exsudat fand sich in 57 pCt. der Fälle. Stets wurden bei der Punktion wenigstens einige Tropfen Flüssigkeit nachgewiesen. Ein abgeschwächter Pektoralfremitus wurde in 66 pCt. der Fälle konstatiert.

3. Daraus, sowie aus der Tatsache, daß in 54,3 pCt. der Fälle der Symptomenkomplex des verminderten Stimmfremitus zusammen mit pleuritischen Exsudat vorhanden war, wird bewiesen, daß für die ursächliche Entstehung des abgeschwächten Pektoralfremitus dem stets bei der Pneumonie zu findenden Brustfellerguß eine entscheidende Rolle zukommt, wenn dieser, wie hier, in einer aus den gewählten Untersuchungsbedingungen abzuleitenden bestimmten Dichte der Lunge angelagert ist.

4. Diese Folgerung ergibt sich um so zwingender, als bei dem eben genannten Symptomenkomplex überwiegend häufig Bronchialatmen zu hören ist als Beweis, daß nur das Exsudat als Ursache des verminderten Stimmfremitus in Frage kommt.

5. Ein Exsudat im obigen Sinne bei verstärktem Pektoralfremitus wurde ausschließlich bei ganz massiven Infiltrationen einer ganzen Lunge gefunden (in 2,7 pCt. der Gesamtfälle).

6. Eine Beeinflussung des Stimmfremitus im Sinne der Abschwächung bei der Pneumonie durch die bislang ausschließlich dafür angenommenen pathologischen Vorgänge (Verstopfung der Bronchien, verminderte Schwingungsfähigkeit der voluminös infiltrierten Lunge) konnte im hiesigen Material nur in 11,7 pCt. der Fälle nachgewiesen werden. (B. kl. W. 1919 Nr. 36.)

Die Erkennung der Krätzmilben durch das Hautmikroskop.
 Von Dr. Margarete Genck (Aus der Medizinischen Klinik in Greifswald). Lesser weist in seinem Lehrbuche der Haut- und Geschlechtskrankheiten auf die Schwierigkeiten des Auffindens der Krätzmilben hin, die besonders groß sind bei eben beginnender Skabies, „bei der es manchmal zum Zufall abhängig ist, ob man in einem der wenigen sichtbaren Knötchen eine Milbe oder sichere Spuren derselben — Fäzes, Eier — findet“. Schwierig ist der Nachweis ebenfalls bei länger bestehender Krätze, bei der bereits ein universelles, sekundäres Ekzem mit zahlreichen Kratzeffekten durch den dadurch hervorgerufenen Blutschorf die Milbengänge verdeckt. Der Milbennachweis ist in manchen Fällen von größter Bedeutung für den Patienten. Verf. erinnert an das krätzeähnliche Ekzem, das in der Umgebung der Mamillen stillender Frauen vorkommen kann. Ferner kann nach geheilter Skabies noch lange ein starker Juckreiz bestehen, den Ehrmann auf einen länger dauernden Reizzustand der Hautnerven oder auf einen rein psychischen Vorgang (ähnlich der Syphilophobie) zurückführt, bei dem eine Wiederholung der Kur direkt schädlich ist. Deshalb möchte Verf. auf eine wesentliche Erleichterung der exakten Diagnosenstellung der Skabies hinweisen, die er anlässlich von Untersuchungen der Hautkapillaren mit dem von Weiß angegebenen Hautmikroskop fand. Zur Untersuchung auf Skabies verdächtiger Stellen des Armes und der Interdigitalfalten genügt ein gewöhnliches Mikroskop, auf dessen Objektisch Arm oder Hand aufgelegt werden. Zur Untersuchung des Stammes und der unteren Extremitäten verwendet man entweder den Weißschen Apparat, oder man befestigt einen aus einem Mikroskop herausgenommenen Tubus mittels verschiedener Klammern, die ein Herunterschrauben und Neigen des Tubus ermöglichen, an einem Laboratoriumsstativ. Die zu untersuchende Hautstelle wird durch einen Tropfen Zedernöl aufgehellt und in den Lichtkegel einer elektrischen Bogenlampe oder Taschenlampe; oder in das Sonnenlicht gebracht. Mikroskopiert man in dieser Weise die roten Knötchen, die im Anfangsstadium der Krätze vorkommen, so findet man inmitten einer entzündlich veränderten Umgebung die Milbe als ein leicht gelblich gefärbtes, kleinfingernagelgroßes, ovales Gebilde, in dessen nächster Umgebung sich schwärzliche,

runde Kotballen deutlich abheben (Seibert Obj. 1 Okul. 3). Die Konturen sind immer scharf, während die Oberflächenstruktur nur eben angedeutet ist. Der Untergrund der Umgebung ist rot bis dunkelrot gegen rosarot normal. Die Hautkapillaren sind erweitert, zeigen aber keine Blutstromverlangsamung. Die Hautfelderung ist etwas undeutlich (Quaddelbildung). Wie zu erwarten, sind über der Milbe keine Kapillaren sichtbar. Beine oder Haftorgane bei deutlicher Oberflächenzeichnung zu sehen, gelang nur da, wo die Milbe erst im Begriffe war, sich einzubohren. Es war dies auch daraus ersichtlich, daß die Haut der Umgebung kaum entzündlich verändert war. Beweglichkeit war nie wahrzunehmen. Eine Unterscheidung zwischen weiblicher und männlicher Milbe ließe sich bloß durch Vergleich der Größe bewerkstelligen. Verf. hat nie kleinere, als eben beschrieben, gesehen. Bestehen starke Kratzeffekte oder ein ausgedehntes, sekundäres Ekzem, so gelingt es allermeist, einen Teil des regelmäßig mit Kotballen gefüllten Ganges aufzufinden, was zur Diagnosenstellung vollkommen genügt. Die Milbe ist in solchen Fällen oft nicht zu finden, sei es, daß sie durch den Blutschorf verdeckt ist oder aber durch das Kratzen bereits entfernt wurde. (D. m. W. 1919 Nr. 40.)

Kasuistisches.

Brütt zeigt einen Patienten mit **operativ geheiltem Leberabszeß nach Karbunkel**. Der 40 jährige Mann war im November 1918 im Felde an einem Nackenkarbunkel erkrankt. Behandlung konnte damals wegen des eiligen Rückzuges nur ambulant gemacht werden, später wegen schweren Allgemeinzustandes Weiterbehandlung im Heimatlazarett. Schon vor Abheilung des Karbunkels stellten sich Rückenschmerzen und leichte Schmerzen in der Oberbauchgegend ein. Der Mann wurde jedoch zunächst entlassen, mußte aber wenige Tage später sich von neuem mit hohem Fieber und schwerem allgemeinen Krankheitsgefühl wieder krank melden. Bei der Aufnahme in's Krankenhaus ließ sich bei dem hochgradig fiebernden, schwerkranken Patienten zunächst kein sicherer Ausgangspunkt für die Erkrankung finden. Es wurde an einen Typhus und an eine septische Allgemeininfektion gedacht, ohne daß die daraufhin geführten Untersuchungen zum Ziel geführt hätten. Nur einmal wurden bei der wiederholt angestellten bakteriologischen Blutuntersuchung einige Staphylokokkenkolonien aus dem Blute gezüchtet. Leukozytenzahl nur mäßig erhöht. Abgesehen von einer leichten Druckempfindlichkeit im Epigastrium war der Organbefund 2 Wochen lang negativ. Allmählich stellte sich eine zunehmende schmerzhafte Resistenz im Epigastrium ein,

die Veranlassung gab, den Patienten dem Chirurgen zu überweisen. In Anbetracht der Anamnese und des bisherigen Verlaufes wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Leberabszeß“ gestellt. Bei der Laparotomie fand sich auch tatsächlich ein apfelgroßer, am Vorderende liegender Abszeß, der nahe vor dem Durchbruch stand. Der Eiter enthielt gelbe Staphylokokken in Reinkultur. Zweizeitige Operation, Heilung. Da im Pfortadergebiet keine Ursache für den Leberabszeß gefunden werden konnte (Appendizitis, Cholezystitis usw.), auch ein tropischer Leberabszeß auszuschließen war, mußte man den Abszeß für eine metastatische Infektion im Anschluß an den Karbunkel auffassen. Die Tatsache, daß der Mann jetzt, $\frac{3}{4}$ Jahr nach der Erkrankung, völlig geheilt ist, bestätigt wohl mit Sicherheit, daß nur ein Abszeß vorhanden war.

(Aerztl. Verein in Hamburg, 24. 6. 19.)

Just zeigt ein 9jähriges Mädchen mit dellenförmiger **Einziehung der Herzspitze bei Basedow**. Die Krankheit trat vor $1\frac{1}{2}$ Jahren mit Herzklopfen auf. Jetzt bestehen Struma, Exophthalmus, Tachykardie. Die dellenförmige Einziehung des Brustkorbes in der Gegend der Herzspitze erklärt Just durch die gesteigerte Herztätigkeit, bei welcher die aktive Zusammenziehung des Herzens bei der Systole das noch sehr weiche Knochenknorpelgerüst des kindlichen Brustkorbes stärker nach innen zieht als die passive Wiederausdehnung des Herzens bei der Diastole.

(Aerztl. Verein in Hamburg, 24. 6. 19.)

Zur Kasuistik der Nabeldiphtherie des Neugeborenen. Von Dr. Paul G. Prausnitz (Aus der Säuglingsklinik des Vaterl. Frauen-Vereins in Berlin-Wilmersdorf). Verf. beschreibt 5 Fälle von Nabeldiphtherie, von denen 3 ad exitum gekommen sind. Die wichtigste Frage ist die, ob die Nabeldiphtherie als eine selbständige Erkrankung zu bewerten ist, oder ob sie bloß als eine Teilerscheinung einer bestehenden Nasen- bzw. Rachendiphtherie aufzufassen ist. Selbst wenn die bakteriologische Untersuchung des Nasen- und Rachensekretes einen negativen Befund für Diphtherie ergeben würde, wie im Falle 3, so darf man noch immer nicht die Diphtherie des Nasenrachenraumes als nicht bestehend ansehen. Andererseits darf aber nicht geleugnet werden, daß die klinischen Erscheinungen von seiten des Nabels so im Vordergrund stehen können, daß die Diphtherie des Nasenrachenraumes vollkommen an Bedeutung verliert; gleichviel ob die bakteriologische Untersuchung des Nabels diphtherie-positiv oder -negativ ausfällt. Das gilt für Fall 1, wo die diphtherische Nabelgangrän eine derartige Intensität annahm, daß sie zu einer allgemeinen Nervenlähmung

führte, die ihrerseits den Tod des Kindes zur Folge hatte. Das gilt aber auch für Fall 3, wo die bestehende Nabeldiphtherie zu einer Staphylokokkenperitonitis führte und später zu einem letalen Ausgange. In Fall 2 wird die Entscheidung schon schwerer, ob die Lebensschwäche des Kindes durch die Nasen- oder Nabeldiphtherie beeinflußt worden ist. Daß schwere Nabeldiphtherien, selbst solche gangränöser Natur, heilen können, beweist der Fall 5, und Fall 4 zeigt, daß die Nabeldiphtherie bei event. unterlassener Untersuchung vollkommen übersehen werden kann, da das Gedeihen des Kindes durch sie in keiner Weise beeinflußt zu werden braucht. (B. kl. W. 1919 Nr. 34.)

Über einen Fall von isoliertem Vorkommen von Phthirius inguinalis in den Zilien. Von Dr. Werner Freischmidt (Aus dem Krankenhaus am Kurfürstendamm in Berlin). Auguste U., 21 Jahre alt, wegen Lues II in Behandlung. Da die Patientin selbst nicht die geringsten Beschwerden verspürt, wird sie erst durch andere Kranke auf die Erscheinungen an den Wimperhaaren aufmerksam gemacht. Die Zilien beider Augen, insbesondere die oberen, erscheinen mit Phthirii und Nissen dicht besetzt, ein Befund, der durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wird. Schamhaare, Achselhaare, Augenbrauen und sonstige behaarte Teile des Körpers sind vollkommen frei. Wir haben es hier, im Gegensatz zu den vielfach beschriebenen Fällen von Wanderung der Phthirii aus der Schamgegend in andere behaarte Körperteile, mit dem außerordentlich seltenen Falle von primärem Auftreten in den Zilien zu tun. (Derm. Wschr. 1919 Nr. 32.)

Komplikationen und Nachkrankheiten.

Kalkaneusexostosen nach Gonorrhoe. Von Dr. Kurt Holzappel (Berlin-Charlottenburg). Ein Krankheitsbild, das in der Praxis verhältnismäßig wenig bekannt ist und wegen der Ähnlichkeit der Symptome meistens als Plattfußanlage oder Fersen neuralgie angesehen wird, ist die Osteophytbildung — also eine periostitische Wucherung — am Processus medialis tuberis calcanei, die man Kalkaneusexostose oder Hackensporn nennt. Eingehende Untersuchungen haben den Beweis erbracht, daß dieses Leiden durchaus nicht so selten ist, wie es diagnostiziert wird, und daß, bei manchen Patienten, die schon längere Zeit wegen ihrer „Fußschmerzen“ vergeblich behandelt wurden, der Grund für die Erfolglosigkeit der Therapie in einer nicht erkannten Kalkaneusexostose zu suchen ist. Der Hackensporn ist kein primäres Leiden. Es sind vielmehr verschiedene Krankheiten, die als besondere

Prädisposition angesehen werden müssen. Da von diesen die Gonorrhoe offenbar bei weitem die häufigste und wichtigste ist, wollen wir uns hier auch nur mit den auf gonorrhöischer Basis entstandenen Formen befassen. Die Exostose bildet sich nun nicht etwa nach jeder Gonorrhoe; es müssen hier also neben der Grundkrankheit gewisse auslösende Momente eine Rolle spielen, über die wir allerdings noch nichts Bestimmtes wissen. Immerhin scheinen nach den bisherigen Erfahrungen gerade diejenigen schweren Fälle von Gonorrhoe einen besonders günstigen Boden für das Entstehen der Periostitis abzugeben, bei denen der Prozeß nicht lokal beschränkt geblieben ist, sondern zu einer Allgemeininfektion, vor allem zur Arthritis gonorrhöica, der sogen. „Trippergicht“, geführt hat. Die Krankheitserscheinungen des Hackensorns sind in mancher Beziehung denen ähnlich, die wir bei einem beginnenden Plattfuß bzw. einer Fersenneuralgie finden; sie sind rein subjektiver Natur und äußern sich nur in Fußschmerzen, und zwar in einem ausgesprochenen Druckschmerz. Es entsteht nämlich bei den Patienten entweder einseitig oder an beiden Füßen zugleich anscheinend ohne besondere Ursache eine zuerst nur geringe, allmählich immer stärker werdende Schmerzhaftigkeit im Hacken, die sich ganz besonders beim Gehen und Stehen bemerkbar macht und in schweren Fällen so heftig werden kann, daß jeder Schritt eine Qual ist. Trotz dieser oft ziemlich erheblichen Beschwerden ergibt die Untersuchung keine äußerlich wahrnehmbaren Veränderungen am Fuße: die Gelenke sind frei beweglich, und man sieht weder eine Rötung noch Schwellung. Dagegen findet man beim Betasten der Fußsohle an der medialen Seite des Kalkaneus eine ganz zirkumskripte, mehr oder weniger heftige Druckschmerzhaftigkeit, die in ihrer Lokalisation genau dem Sitze des Processus medialis tuberis calcanei entspricht. Diese zirkumskripte, allmählich entstandene Druckschmerzhaftigkeit ist ein durchaus typisches Symptom für den Hackensporn und differentialdiagnostisch von außerordentlicher Wichtigkeit, da sie bei anderen chronischen Kalkaneodynien fehlt. Läßt sich anamnestic noch eine Gonorrhoe oder gar eine Trippergicht nachweisen, so ist damit die Diagnose „Kalkaneusexostose auf gonorrhöischer Basis“ so gut wie gesichert. Die einwandfreie Bestätigung liefert uns dann, wie bei allen Krankheiten des Knochens und Periostes, die Röntgenaufnahme. Wir sehen im Röntgenbild an der Stelle des Processus medialis tuberis calcanei eine ziemlich breite, dem Kalkaneus buckelartig aufsitzende Auflagerung, also eine ganz eindeutige Veränderung. Daß diese periostitische Wucherung beim Gehen und Stehen durch den Druck ziemlich heftige Schmerzen verursacht und somit für jeden Patienten ein unangenehmes und

quälendes Leiden darstellt, ist wohl selbstverständlich. Leider sind wir nicht in der Lage, eine Heilung im wahren Sinne des Wortes zu erzielen, da auch der Versuch einer operativen Entfernung der Exostose nach den bisherigen Erfahrungen aussichtslos ist. Wir müssen uns daher darauf beschränken, durch entsprechende therapeutische Maßnahmen die Symptome der Krankheit, also die Druckschmerzen, nach Möglichkeit zu beseitigen. Dieses Ziel erreichen wir in mehr oder weniger vollkommener Weise, wenn wir in den Schuh eine gut passende, etwa 1 cm dicke Filzsohle einlegen, in die ein genügend weites Loch an der dem Hackensporn entsprechenden Stelle eingeschnitten ist. Durch diese Isolierung wird der durch die Körperlast auf die Exostose beim Gehen und Stehen ausgeübte Druck aufgehoben. Wenn auch diese Art der Therapie durchaus nicht ideal ist, so hat sie doch insofern einen großen Wert, als sie dem Patienten oft eine völlige Befreiung von seinen Schmerzen, immer aber wenigstens eine erhebliche Milderung verschafft. (D. m. W. 1919 Nr. 36.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Zur Technik der Bauchpunktion. Von Oberarzt Dr. O. Wiese. Neben der Gefahr der Gefäßverletzung, die aber durch die Wahl der Einstichstelle sicher zu vermeiden ist, besteht eine zweite Gefahr in der Möglichkeit der Darmverletzung durch das Stilet des Troikarts; unangenehm und die Entleerung des Abdomens erheblich hindernd wirkt die Verlegung des in der Bauchhöhle befindlichen Lumens der Troikartkanüle durch Darmschlingen nach Abfließen eines Teiles des Aszites, wodurch eine einigermaßen gründliche Entleerung ohne eventuellen mehrfachen Einstich zur Unmöglichkeit werden kann. Beides, die Gefahr der Darmverletzung und den unangenehmen Zwischenfall der Darmvorlagerung, kann man gut vermeiden durch nachstehende Methode: An der für die Punktion gewählten Stelle Lokalanästhesie, gründlich in die Tiefe! Nach Eintreten der Anästhesie langsames Durchbohren der Haut-Faszien-Muskelschicht mit dem Troikart, dann Herausziehen des Stiletts unter Steckenlassen der Kanüle, in die nun eine passende Salomonsche Nadel, wie sie bei der Anlegung des künstlichen Pneumothorax Verwendung findet, eingeführt wird. Die Salomonsche Nadel ist vorne geschlossen und stumpfgerundet und trägt seitlich (analog dem Magenschlauch) eine relativ große Öffnung. Mit dieser „Nadel“ wird nun die untere Faszie und das Peritoneum durchbohrt. Die Vorzüge der Technik sind folgende: Die stumpfe „Nadel“ vermeidet eine Verletzung des

Darmes, auch bei Verschiebungen und beim Zurückdrängen vorliegenden Darmes, der andererseits nicht als Abflußhinderung wirken kann, da die Abflußöffnung sich seitlich befindet und das stumpfe „Nadel“ende den Darm zurückdrängt. Andererseits ermöglicht der außerhalb der Bauchhöhle befindliche Nadelansatz ein bequemes Befestigen des Schlauches zum Ersatz des abgelassenen Exsudats durch Stickstoff, eine von Schlesinger empfohlene Methode, die sich Verf. nur letztthin bei einem Fall von exsudativer tuberkulöser Peritonitis ausgezeichnet bewährt hat. (M. Kl. 1919 Nr. 31.)

Zur Behandlung der Blasenpapillome. Von Dr. Emil Müller (Aus der chirurgischen Universitätsklinik Erlangen). Prätorius (Hannover) veröffentlichte im Jahre 1916 eine neue Methode zur Behandlung der Blasenpapillome. Verf. hat in zwei ähnlichen Fällen ebenfalls ein recht gutes Resultat erzielt. Prätorius geht in der Weise vor, daß er die Papillomzotten mit 20 % iger Kollargollösung nekrotisiert. Die Technik ist kurz folgende: Nach Entleerung und Anästhesierung der Blase werden mittels eines Nelatonkatheters an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 5 ccm einer 20 % igen Lösung in die Blase injiziert. Patient soll die Lösung so lange als irgend möglich zurückhalten. Danach Spülung der Blase. Wiederholung der Behandlung nach einer Woche. In Verf.s ersten Falle handelt es sich um einen 73 jährigen Patienten mit starker Hämaturie infolge von Blasenpapillomen. Die Blutungen bestehen seit 5 Monaten und waren in letzter Zeit so heftig, daß unaufhörlich Blut mit dem Harn ausgeschieden wird. Patient erhielt 3 mal jeden zweiten Tag je 5 ccm 20 % ige Kollargollösung intravesikal. Der Mann vertrug die Injektionen gut und klagte nicht im mindesten über Sensationen von seiten der Blase. Keine Temperatursteigerung, nur leichter Durchfall. Nach der dritten Injektion war der Harn viel klarer, man konnte mikroskopisch keine Blutbeimengung mehr konstatieren. Von diesem Zeitpunkte ab gingen auch reichlich kleinste Geschwulstpartikelchen ab. Eine vierte Injektion von 8 ccm 20 % igem Kollargol wurde am achten Tage nach Beginn der Behandlung ausgeführt. Ungefähr 3 Stunden nach der Injektion wurde ein ca. 4 cm langer Gewebspfropf, der in der Harnröhrenmündung sichtbar wurde, extrahiert. Er ergab mikroskopisch einwandfrei Papillom. Der Patient verließ nach 14 Tagen die Klinik und fühlte sich vollkommen beschwerdefrei. Der zweite Patient ist ein 50 jähriger Oberlehrer, der seit dem Jahre 1897 an Blasenblutungen leidet. Bis zum Jahre 1914 wechselnd starke Blutungen ohne besondere Beschwerden. 1915 stellte sich Brennen nach

dem Wasserlassen ein, und die Harnentleerung war zeitweilig behindert. Es wurde die Diagnose Blasenpapillome gestellt. Am 10. April 1915 Entfernung der Papillome durch die Sectio alta. Ende August 1917 trat ein Rezidiv auf, so daß Patient sich wieder behandeln lassen mußte. Es wurde diesmal konservativ vorgegangen und in 13 Sitzungen die Diathermie angewandt; darnach war Patient ziemlich lange beschwerdefrei, bis Ende Oktober 1918 erneute starke Blutungen auftraten. Patient konnte nicht mehr spontan urinieren und mußte katheterisiert werden. Deshalb Aufnahme in die Klinik am 28. Oktober 1918. Zystoskopie: Äußere Harnröhrenmündung entzündlich verändert, auf mäßigen Druck entleert sich Schleim und Eiter. Bei der Spülung zeigt sich der Harn getrübt, später opaleszierend. Kein Blut. Blase sehr kapabel, leichte Trabekeln, Schleimhaut mäßig injiziert. Der ganze Blasen Hals sowie die rechte Blasenwand nahe dem Orificium internum durch einen weißlichen, da und dort wie mit Wattefleckchen bedeckten Tumor erfüllt, etwa von der Größe einer Pflaume. Da Patient sich einer erneuten Operation nicht unterziehen wollte und da eine solche wegen der Lokalisation des Tumors auch nicht angezeigt erschien, versuchte Verf. auch hier die Kollargolbehandlung. 29. Oktober: Injektion von 5 ccm 20% igem Kollargol, das 2 Stunden in der Blase zurückgehalten wurde, danach Blasenspülung. 1. November: Erneute Injektion von 5 ccm 20% igem Kollargol intravesikal. Diesmal kann Patient das Kollargol nur eine Stunde zurückhalten. Als sich starker Drang einstellte, wurde das Kollargol ausgespült. 3. November: Patient muß seit der ersten Injektion täglich katheterisiert werden. Heute nochmals, und zwar diesmal 10 ccm 20% iges Kollargol intravesikal. 6. November: Kann zum ersten Male spontan urinieren. Harn nicht mehr blutig. 7. November: Patient geht nach Hause. Wasserlassen spontan möglich. 22. November: Wiederaufnahme. Patient erklärt, daß seit 16. November beim Wasserlassen reichlich feste Bestandteile abgegangen sind. Seit der Entlassung aus der Klinik sei es ihm täglich besser gegangen. In den ersten Tagen sei zwar beim Wasserlassen zu Beginn der Miktion noch etwas Blut gekommen. Am 15. November seien ganz große Gewebsfetzen abgegangen. Am 23. November wurde eine letzte Injektion von 10 ccm 20% igem Kollargol vorgenommen, die 1½ Stunden zurückgehalten wurde. Patient verließ am 24. November 1918 die Klinik. Auf briefliche Anfrage erklärt er, daß er zurzeit völlig beschwerdefrei sei. Der Harn habe seither nicht mehr blutig ausgesehen, das Wasserlassen gehe spontan. Die histologische Untersuchung der abegangenen Gewebsfetzen ergab Blutgerinnsel mit Eiterzellen und Papillomstückchen mit tadellos

erhaltenem Gewebe und Mitosen im Epithel. Auch aus diesen Fällen geht hervor, daß die von Prätorius vorgeschlagene Methode ein geeignetes Mittel zur Behandlung der Blasenpapillome ist. Besonders dürfte sich die Methode bei älteren Personen empfehlen, denen man einen größeren operativen Eingriff nicht zumuten will, oder die sich weigern, sich einer Operation zu unterziehen. Eine kausale Methode ist das Verfahren wohl nicht, denn es dürfte wohl kaum gelingen, auf diese Weise größere Tumoren zum Verschwinden zu bringen. Bei beiden Patienten kam nach den Injektionen die Blutung zum Stillstand. Bei dem zweiten Patienten führte Verf. noch eine Kontrollzystoskopie aus und fand, daß der Tumor zwar etwas kleiner geworden ist; sicher sind aber nur die oberflächlichen Zotten abgestoßen worden.

(M. m. W. 1919 Nr. 25.)

Zur Entfernung von Steinen in der männlichen Harnröhre.
Von Bezirksarzt Dr. Victor L. Neumayer, Spitalleiter (Aus dem Bezirksspital Kljuc, Bosnien). Vor ungefähr 2 Jahren kam Verf. gelegentlich eines Falles von Steinen in der Harnröhre eines Knaben, bei dem Verf. mit allen möglichen Werkzeugen vergebens versucht hatte, den Fremdkörper zu entfernen, als Letztes, bevor Verf. zum äußeren Harnröhrenschnitte schreiten wollte, auf den Gedanken, noch einen Versuch mit der Weberschen Schlinge zu machen. Und siehe da, trotzdem der Stein schon einige Tage eingeklemmt und von entzündlichen Schwellungen ganz umwuchert war, gelang es mit Hilfe der Weberschen Schlinge geradezu spielend, den Stein zu entfernen. Zu diesem Zwecke schälte Verf. ihn vorerst mit Hilfe der Weberschen Schlinge rundherum aus den entzündlichen Schwellungen heraus und hob ihn dann einfach aus der Harnröhre. Dieser Tage kam Verf. nun wieder ein neuer Fall bei einem 13jährigen Knaben unter. Der Stein saß diesmal ungefähr 3—4 cm hinter der äußeren Harnröhrenmündung; das Schwierige in diesem Falle war aber vor allem das, daß die Harnröhrenmündung überhaupt nicht zu finden war. Der Stein saß seit 3 Tagen fest, verursachte vollständige Harnsperre. Die von den Angehörigen des Knaben und von dem Kinde selbst betriebenen Versuche, durch Streichen und Kneten den Stein herauszubringen, hatten eine solche Schwellung des Gliedes selbst und der Vorhaut erzeugt, daß diese einen unförmlichen, glasig glänzenden Klumpen darstellte. Mit einem Metallkatheter suchte Verf. innerhalb der Vorhaut nach der Harnröhrenmündung und bemühte sich, durch streichende Bewegungen von innen heraus die Schwellung der Vorhaut etwas zu verringern. Dies gelang auch, und schließlich kam ich mit dem Katheter in die Harnröhren-

mündung und auf den in der Harnröhre liegenden Stein. Nun nahm Verf. wieder seine Webersche Schlinge, schälte den Stein rundherum aus der geschwollenen Harnröhrenschleimhaut heraus, ging mit der Schlinge unter ihn hinein, fing ihn in der Öffnung und hob ihn ziemlich mühelos heraus. Eine kleine Blutung ließ sich in diesem Falle nicht vermeiden, wahrscheinlich beim Durchziehen des Steines durch die äußere Harnröhrenmündung erzeugt; dieses Durchziehen erforderte auch ein wenig Kraftaufwand. Als der Stein entfernt war, schoß sofort Harn nach. Eine Sondierung der Blase ergab das Fehlen weiterer Ablagerungen in ihr. Der entfernte Stein ist ein harnsaurer und hat folgende Größenmaße: Länge 14 mm, größter Durchmesser 9 mm. Nachdem sich Verf. die Weberschlinge derart zu dem beschriebenen Zwecke recht gut bewährt hat, läßt er sich bei Rudolf Nüßler in Graz, Hamerlinggasse, eine ein wenig breitere und mit etwas stärkerer Zähnelung versehene Weberschlinge machen, die auf einem unbiegsamen Stiele aufgesetzt ist. Auch die Endkrümmung läßt Verf. um eine Kleinigkeit vermehren. Mit diesem, dem neuen Zwecke angepaßten Werkzeuge schaut Verf. seinen zukünftigen Fällen von Harnröhrensteinen, die hierzulande nicht allzu selten sind, zuversichtlich entgegen und hofft, daß das beschriebene Werkzeuglein auch anderen Fachgenossen, namentlich am Lande, brauchbare Dienste leisten wird“.

(M. m. W. 1919 Nr. 23.)

b) Innere Krankheiten.

Zur Behandlung der Grippe empfehlen Priv.-Doz. Dr. J. Ries (Bern) und Dr. Marie Ries-Imchanitzky (Innsbruck) Natrium cacodylicum, welches der Atmungsluft schon nach einer Minute (bei subkutaner Injektion) Knoblauchgeruch verleiht, ein Beweis, daß das Mittel im Lungengewebe verarbeitet wird. Günstige Erfahrungen bei Lungenschüssen veranlaßten die Anwendung bei Grippe, wo das Mittel, prophylaktisch angewandt (bis 0,2 pro die intern, subkutan 1—2 Spritzen einer 5%igen Lösung) die Entwicklung von Pneumonien verhindert und die Krankheitsdauer abkürzt.

(Schweiz. Korr. Bl. 1919 Nr. 16.)

Oertliche Behandlung infektiöser, besonders auch ulzerierender Anginen mit Salizylsäure. Von Ob.-Med.-R. Prof. Dr. Barth (Univers.-Klinik und Poliklinik in Leipzig). Anfang der achtziger Jahre teilte Verf. Vossius mit, daß er bei Diphtherie der Konjunktiva von der örtlichen Anwendung einer 10%igen Salizylsäurelösung (Serumbehandlung gab es ja noch nicht) sehr gute Erfolge

gesehen und sich zugleich gewundert habe, daß diese konzentrierte Lösung anscheinend auf die Kornea nicht schädigend einwirkte. Verf. hatte damals als Assistent an der Chirurgischen Klinik in Rostock die Diphtherieabteilung mitzuversorgen und war sehr bald mit der Wirkung der örtlichen Salizylsäurebehandlung bei Rachendiphtherie außerordentlich zufrieden, ja in manchen Fällen überrascht, wie ausgedehnte Beläge innerhalb 24 Stunden verschwanden. Verfs. Schätzung der Salizylsäurewirkung hat im Laufe der Jahre nicht nachgelassen. Von der örtlichen Behandlung der Diphtherie ist man zwar seit Einführung des Behringschen Serums fast ganz abgekommen. Wenn aber in der letzten Zeit für hartnäckige Bazillenträger wieder örtliche Behandlung im Anschluß an die Serumbehandlung vorgeschlagen wird, so sieht Verf. nicht ein, weshalb diese nicht von Anfang an gleichzeitig mit der Serumbehandlung eingeleitet werden sollte, oder sogar vor ihr, wenn dieses nicht schnell genug zur Hand ist. Muß doch wohl immer die Infektion zunächst als eine örtliche angesehen werden, so daß durch erfolgreiche örtliche Behandlung auch eine günstige Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden zu erwarten sein würde. Die Salizylsäure hat Verf. verwendet als 10%ige Lösung in Alkohol und Glycerin zu gleichen Teilen; mit ihr die belegte Stelle und ihre nächste Umgebung mittels eines auf einen Stab aufgewickelten Wattebauschs betupft, ins Geschwür leicht eingerieben. Gleich danach sieht die betupfte Stelle etwas weißlich (Salizylsäure-Alkoholätzung), und bei guter Beleuchtung leicht glitzernd aus (ausgefällte Salizylsäurekristalle). Am nächsten Tage ist gewöhnlich von diesen Erscheinungen nichts mehr zu sehen, jedoch ist in einzelnen Fällen auf der betupft gewesenen Stelle ein weißer, etwas sulziger Belag zu finden, den man leicht für etwas anderes halten könnte, wenn man nicht weiß, daß er als Folge der Salizylsäure-Alkoholbetupfung auftritt. Weshalb dieser Belag in der Mehrzahl der Fälle nicht, in einer kleineren Anzahl aber zu beobachten ist, vermag Verf. nicht anzugeben. Jedenfalls verursacht er keinerlei Beschwerden. Meist zeigt sich schon nach 24 Stunden eine auffallende subjektive und objektive Besserung. War sie nicht ausgesprochen genug, so hat Verf. am zweiten Tage, manchmal auch noch am dritten, die Betupfung wiederholt. Außerdem pflegt Verf. zugleich Gurgelungen anzuordnen: 10% Salizylsäure in Alkohol; davon 15—20 Tropfen in ein Glas Wasser; halbstündlich zu gurgeln. Seit einer ganzen Reihe von Jahren hat Verf. nun zwar häufig noch Fälle von Diphtherie der oberen Luftwege gesehen, in bezug auf die Behandlung jedoch weitere Erfahrungen nicht sammeln können. Dagegen hatte er bald angefangen, auch andere infektiöse Beläge und Ulzera in der gleichen Weise zu be-

handeln, und hatte damit dieselben Erfolge. Vor allem sind wir, d. h. auch die seit 24 Jahren durch die Klinik gegangenen Assistenz-ärzte, im allgemeinen bei den verschiedenen Formen der Angina Plaut-Vincenti immer wieder auf die Salizylsäurebehandlung zurückgekommen. Auch bei der nekrotischen Form: blaugraue Farbe der noch kleinen, kraterförmigen Geschwüre, mit starkem fauligen Gestank, hochgradigen subjektiven Beschwerden und Fieber, ist Verf. meist von ihrer Wirkung sehr befriedigt gewesen. Ausgesprochen syphilitische Geschwüre wurden selbstverständlich dieser Behandlung nicht unterworfen, sondern immer gleich einer spezifischen, meist allgemeinen. Dabei ist es aber vorgekommen, daß in einem zweifelhaften Falle zunächst nur mit Salizylsäure betupft wurde, und als die zu gleicher Zeit angesetzte Wa.R. ein stark positives Resultat zeigte, schon eine solche Besserung eingetreten war, daß zum Versuch die Salizylsäurebehandlung fortgesetzt wurde. Es trat Heilung ein. Eine mikroskopische Untersuchung des Wundsekretes war in diesem Falle leider unterblieben. Ob es sich demnach um ein einfaches Ulcus Plaut-Vincenti bei einem Syphilitiker gehandelt hat, oder ob auch ein spezifisch syphilitisches Geschwür durch diese rein örtliche Behandlung zur Heilung gebracht werden kann, muß Verf. dahingestellt sein lassen. Von der günstigen Wirkung des Neosalvarsans bei der örtlichen Behandlung der Angina Plaut-Vincenti hat sich Verf. gelegentlich auch überzeugt. Bei besonders hartnäckigen und bösartigen Fällen würde er es für angezeigt halten, auch ohne nachweisbare syphilitische Grundlage die örtliche Behandlung mit intravenösen Arsen-einspritzungen zu verbinden. (D. m. W. 1919 Nr. 23.)

Heilung von Rachitis durch künstliche Höhensonne. Von Dr. K. Huldshinsky (Aus dem Oskar-Helenen-Heim in Berlin-Zehlendorf). Es ist gelungen, durch Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne bei vier schweren Rachitikern im Zeitraum von 2 Monaten eine nahezu völlige Ausheilung des Leidens zu erzielen, und zwar unter sehr ungünstigen äußeren Bedingungen: regnerische, sonnenlose Wintermonate, kriegsmäßige Kost, häufige Saalinfektionen, wie Schnupfen und Grippe. Es kann daher von dieser Methode wohl mit Recht erwartet werden, daß sie geeignet ist, die natürlichen und medikamentösen Heilfaktoren bei der Behandlung der Rachitis zu ergänzen und nötigenfalls zu ersetzen. Verf. berichtet über den Verlauf einer 2 monatigen Bestrahlung im Februar und März 1919. Die Bestrahlung wurde in 2 täglichen Abständen vorgenommen, beginnend mit 2 Minuten, jedesmal um 1 Minute steigend, bis 20 Minuten. Abwechselnd wurde Brust- und Rückenseite bestrahlt. Während der Bestrahlung wurde zu-

nächst die bekannte Bräunung der Haut beobachtet, die ja leicht eine Besserung des Allgemeinbefindens vortäuscht. Bereits nach 14 Tagen fiel aber auf, daß die Kinder munterer und teilnehmender waren und daß die Muskelschlaffheit sich deutlich besserte. Nach 2 monatiger Strahlenbehandlung waren aus elenden, schlaffen und anfälligen Kindern frische, kräftige geworden, sie konnten alle frei sitzen, bogen in Bauchlage den Kopf hoch zurück, der vorher passiv in den Kissen gelegen hatte, die Atemnot und Blausucht schwanden, und Infektionskrankheiten traten nicht mehr auf. Bei zweien hatte die Körperlänge von 71 und 73 auf 75,5 und 76, also um 4,5 und 3 cm zugenommen. Die Zahl der roten Blutkörper betrug nach 2 Monaten bei allen zwischen 4,4 und 5,5 Millionen, der Blutfarbstoffgehalt nach Sahli zwischen 65 und 85 %. Bei dreien hatte das Gewicht während der Bestrahlung stetig zugenommen, das älteste, 4 $\frac{1}{2}$ jährige, war auf seinem Gewicht geblieben, hatte aber seinen großen Froschbauch verloren. Auf die Zahnung war kein Einfluß zu bemerken. Diese subjektiven Behandlungserfolge mußten aber durch eine objektive Methode kontrolliert werden. Verf. hat daher in monatlichen Abständen den linken Unterarm unter stets gleichbleibenden Bedingungen geröntgt. Man sieht an den Aufnahmen vor der Behandlung den völlig kalkarmen, durchlässigen Knochen mit der typischen, verwachsenen, pilzförmigen Epiphysenzone. Die zweite Aufnahme nach 4 Wochen zeigte bereits eine ausgesprochene Kalkablagerung in der Epiphysenzone, während nach einem weiteren Monat die Veränderungen bereits ganz enorm sind. Die Verkalkungszone gibt einen scharf gezeichneten tiefen Schatten, die Knorpelknochengrenze ist klar abgegrenzt, die pilzförmige Gestalt hat in einem Falle einer fast normalen Schlankheit Platz gemacht, eine Apposition von Knochensubstanz von 5—10 mm ist nachweisbar, die Knochenkerne sind deutlich geworden und zum Teil stark gewachsen. Gleichzeitig wurden 3 Kontrollkinder unter den gleichen Bedingungen nachuntersucht. Die Fortschritte sind hier gleich Null oder gar negativ. Zu erwähnen ist noch, daß sämtliche Kinder, auch die Kontrollen, täglich 1 g Calcium phosphoricum erhielten, um mit Sicherheit ein Ueberangebot von Kalk und Phosphorsäure zu erreichen. Eine Heilwirkung an sich kann diesem Präparat nicht zugesprochen werden; was einerseits die Kontrollen, anderseits die vorherige Wirkungslosigkeit desselben bei den später bestrahlten Kindern beweisen.

(D. m. W. 1919 Nr. 26.)

Zur konservativen Behandlung der Epilepsie. Von Dr. Ernst Duschak (Wien). (Aus dem Lagerspital Wieselburg a. E.). Verf.

hat bei einer Anzahl Epileptikern (10 Fälle) versucht, den kortikozerebralen Reizzustand, der ja im Anfall zur Auslösung kommt, durch andauernde Ueberschwemmung mit Magnesium-Ionen zu entspannen. Das verwendete Präparat war eine 5 pCt.-Lösung von Magnesium sulfuricum in destilliertem Wasser, die Art der Applikation ausschließlich die subkutane Injektion. Stärkere Lösungen als die obengenannte machen gelegentlich Reizungen der Injektionsgegend und wurden deshalb nicht verwendet. Die Injektionen erfolgten in einer Tagesdosis von 15—20 cm³ täglich in die Glutäalgegend, eventuell unter die Oberschenkel- oder Brusthaut. Die tägliche Injektion wurde wochen-, auch monatelang fortgesetzt. Es zeigte sich dann jedesmal ein merkliches Seltenerwerden, häufig ein Sistieren der Anfälle. Die beschriebene Form der Applikation stört die Lebensweise des Patienten nicht und kann in geeigneten Fällen auch ambulatorisch durchgeführt werden. Die Injektionen sind schmerzlos und werden, strengste Asepsis vorausgesetzt, ausnahmslos gut vertragen. Für den Erfolg war es dabei ziemlich gleichgültig, ob der spezielle Fall eine traumatische, oder eine genuine, oder eine reflektorische oder eine Jackson-Epilepsie war. Am meisten indiziert erscheint die Magnesiumtherapie jedoch bei Patienten, die häufige und kurzdauernde Krampfanfälle haben und bei denen aus irgendeinem Grunde nicht operiert werden kann. (W. m. W. 1919 Nr. 18.)

Epilepsiebehandlung mit Luminal. Von Dr. Josine Müller in Berlin-Schmargendorf. Seine Hauptbedeutung sowohl für die häusliche als auch für die Anstaltspraxis liegt auf dem Gebiete der Epilepsie. In bezug auf Eklampsie fehlen Verf. die Erfahrungen. In der Behandlung sowohl der großen Anfälle als auch des petit mal und der Aequivalente zeigt es sich dem Brom weit überlegen. Nicht nur, daß es in weit zahlreicheren Fällen zum vollen Erfolge führt — ja, man kann sagen, daß es wenigstens im Anfang kaum einen Versager gibt —, es ist auch in seinen Nebenwirkungen weit weniger unangenehm als das Brom. Die lästige Akne fällt fort, es ruft keine Magendarmbeschwerden hervor, es ist leicht und angenehm zu nehmen. Seine unangenehmen Folgen bestehen im Auftreten von Schwindel und Müdigkeit, und diese Folgen lassen sich durch Einschleichen in die nötige Dosis und gelegentliches Wiederzurückgehen fast ganz vermeiden. Gibt es doch bereits Patienten, die jahrelang Luminal genommen haben, ohne mit ihrer Tätigkeit auszusetzen, ja, Verf. weiß von einem Falle, in dem ein Kriegsteilnehmer im Felde ein Jahr lang täglich 0,3 Luminal genommen hat. Er hatte während dieser Zeit trotz großer Anstrengungen keinen Anfall und empfand durch das Luminal keine

Behinderung. Erleichtert wird die Eingewöhnung natürlich wesentlich durch eine anfängliche Ruhezeit, eventuell in einem Sanatorium. Wenn wir unsere Ansprüche so hoch stellen, daß wir dem Kranken nicht nur eine Besserung bringen, sondern ihn zu einem sozial unbehinderten Menschen machen wollen, begegnen wir einer zweiten Hauptschwierigkeit in dem bekannten Eigensinn der Epileptiker, die sich einer durch längere Zeit einheitlich durchgeführten Behandlung und Beobachtung widersetzen. Speziell kurz vor Anfällen tritt bei Epileptikern häufig ein Zustand von Euphorie oder auch ein manischer Zustand ein, in dem der Patient glaubt, Bäume ausreißen zu können. Er ist dann leichtsinnig und will nicht mehr Patient sein, unterbricht daher das Einnehmen, wenn es gerade am nötigsten wäre. Er hat auch einen enormen Schaffensdrang, den er sich von dem gerade jetzt zur Ruhe mahnenden Arzte nicht unterbinden lassen will. Dieser Widerstand fällt für den Erfolg bei den verschiedenen Fällen mehr oder weniger schwer ins Gewicht. Zur Illustration des Gesagten möchte Verf. 2 Fälle anführen. „Fall 1. Frau M. N., 48 Jahre alt, seit Jahren voll ausgebildete Anfälle in verschiedenen Intervallen, in der letzten Zeit zweimal monatlich. Nach den Anfällen retrograde Amnesie und mehrere Tage lang Hinfälligkeit. Verf. behandelte sie zuerst nicht ganz 2 Monate in einer Heilstätte; sie erhielt während der Zeit täglich dreimal 0,1 Luminal, litt aber ziemlich unter Schwindel, so daß man mehrfach auf 0,15 und 0,2 pro die zurückgehen mußte. Trotz dieser außerordentlich geringen Dosis trat in der Anstalt kein einziger Anfall auf. Nach der Entlassung blieb sie bei der täglichen Dosis von 0,2 mehrere Monate, verrichtete dabei ungestört ihre Hausfrauenarbeit und hatte nur zweimal leichte Ohnmachten. 5 Monate nach Beginn der Behandlung ließ sie das Luminal versuchsweise fort, 14 Tage darauf bekam sie eine heftige Ischias. Bei der Rückkehr zu der Dosis von 0,3 pro die ging die Ischias zurück. Patientin blieb dann noch monatelang ohne jede Belästigung, dann verlor Verf. sie leider aus den Augen. — Fall 2. Den zweiten Fall beobachtete Verf. seit 3 Jahren. Es handelt sich ebenfalls um eine im Beginne der Behandlung 48 Jahre alte Patientin, Fräulein Cl. M. Schwere Anfälle seit mehr als 20 Jahren, mindestens alle Vierteljahre einmal, meistens aber gehäuft auftretend, mit 8 Tage lang anhaltender Bewußtseinsstörung und starker retrograder Amnesie. Außerdem schwere krampfartige Kopfschmerzen bei jeder Regel. Obgleich in diesem Falle die Dosis von 0,3 Luminal pro die fast nie längere Zeit innegehalten wurde, obgleich diese Patientin das Luminal in der manischen Periode 8—14 Tage vor dem Anfall häufig vollständig fortließ, ist im großen und ganzen doch Folgendes er-

reicht worden: 1. die Anfälle treten zwar noch alle Vierteljahre regelmäßig auf, sind aber äußerst leicht und vereinzelt; 2. sie hinterlassen nur etwas Müdigkeit von 1—2 Tagen; 3. retrograde Amnesie tritt fast gar nicht auf, das Gedächtnis hat sich im ganzen entschieden gebessert; 4. die Kopfschmerzen bei der Periode treten kürzer auf; mehrfach gelang es Verf., durch rechtzeitige Erhöhung der Dosis sie ganz zu kupieren. Der Zustand ist seit 3 Jahren so augenfällig gebessert, daß Patientin, die von jeher durch ihre Krankheit ans Vaterhaus gebunden war, aber sehr regsam ist, schon häufig davon sprach, ihre überschüssigen Kräfte außer dem Hause zu betätigen. Auch in diesem Falle trat 2 mal in 2 Jahren eine schwere Neuralgie auf. Die Patientin hörte irrtümlicherweise zunächst mit dem Luminalgebrauch auf. Nachdem sie denselben auf meine Anweisung in verstärktem Maße wieder aufgenommen hatte, verschwanden die Symptome wieder.“ — Eine Entwöhnung von Luminal nach langem Gebrauche konnte Verf. bisher leider weder in leichten noch in schweren Fällen beobachten. In leichteren Fällen ist nach allem anzunehmen, daß keinerlei Nachwirkungen auftreten. Schädigungen durch den jahrelangen Gebrauch des Mittels sind Verf. bisher nicht bekannt geworden. Das vielfach behauptete Auftreten des Status epilepticus nach plötzlichem Aufhören der Medikation dürfte auf der Anwendung von unnötig hohen Dosen beruhen. In Verf.'s Fällen, die, wie gesagt, mehrfach eigenmächtig kurze Zeit das Mittel fortließen, trat er nicht auf. Verf. macht darum noch einmal darauf aufmerksam: Der Dauergebrauch des Mittels braucht die Tagesdosis von 0,3 nicht zu überschreiten, um bereits befriedigende Wirkungen zu erzielen. Wo höhere Gaben längere Zeit hindurch erforderlich sind, scheint der Fall einer eingehenderen Ueberwachung zu bedürfen, als sie für gewöhnlich in der Privatpraxis ausgeübt werden kann. Verf. möchte zum Schluß noch kurz darauf hinweisen, daß er während seiner Anstaltstätigkeit das Luminal vielfach bei anfallkranken Soldaten angewandt hat. In mehreren Fällen, in denen die Anfälle sicher durch Verletzungen des Gehirns hervorgerufen wurden, wirkte das Luminal prompt gegen die Anfälle, wenn auch im übrigen die Arbeitsfähigkeit der durch das Trauma psychisch schwer erschütterten Leute nicht hergestellt werden konnte. In allen Fällen aber, in denen die Anfälle wahrscheinlich durch psychogene Ursachen hervorgerufen wurden, versagte es. Die Unterschiede waren so auffällig, daß man sich versucht fühlt, das Luminal als diagnostisches Hilfsmittel zur Unterscheidung zwischen Hysterie und Epilepsie zur Anwendung zu bringen.

(D. m. W. 1919 Nr. 21.)

Zur spezifischen Behandlung der Tabes dorsalis. Von Dr. Wichura (leit. Arzt am Sanatorium Schwarzeck zu Bad Blankenburg im Thüringer Wald). Zusammenfassend möchte Verf. folgende Leitsätze aufstellen:

1. Die spezifische Behandlung der Tabes dorsalis ist stets, auch bei vorgeschrittenen Fällen indiziert, falls nicht bei gutem und beschwerdefreiem Allgemeinzustande klinisch ein Stillstand des Leidens anzunehmen ist.

2. Als Behandlungsziel anzustreben ist vor allem Kräftigung, Gewichtszunahme, Besserung der Funktionen und Beschwerden sowie Stillstand des Krankheitsprozesses. Diesem Ziele ist die Beeinflussung der Blut- und Liquorreaktionen bzw. des tabischen Befundes unterzuordnen.

3. Die spezifische Behandlung ist je nach Alter, Gewicht, Kräftezustand, Vorbehandlung, Krankheitssymptomen und individueller Toleranz unter tastendem Vorgehen und Berücksichtigung der Gewichtskurve weitgehend abzustufen.

4. Von den Salvarsanpräparaten erscheint Neosalvarsan am geeignetsten, und zwar im allgemeinen in 2—3 tägiger Darreichung von 0,075—0,45. Je schlechter der Allgemeinzustand des Kranken, um so mehr ist es nur unter dem Gesichtspunkte der Arsenwirkung zu verwenden.

5. Hg und Jod ist im allgemeinen erst bei gebessertem Kräfte- und Ernährungszustande und auch dann nur in möglichst schonender Form und in kleinen Dosen zu geben.

6. Wenigstens die erste 6—8 wöchige Kur ist klinisch durchzuführen, damit durch exakte Beobachtung eine intensive spezifische Einwirkung ohne Gefahr der Schädigung ermöglicht wird. Die Kur ist mit physikalisch-diätetischer und psychischer Behandlung zu verbinden und hat den Kranken zu passender Lebensführung und richtiger Krankheitsauffassung zu erziehen.

7. Der Kranke ist nachzuuntersuchen, und zwar je nach seinem Krankheitszustande in kürzeren oder längeren Zeiträumen; bei Verschlechterung ist er erneut zu behandeln. (M. m. W. 1919 Nr. 23.)

Ueber die Strophanthinbehandlung des Herzens. Von Dr. J. Neumayer in Kaiserslautern. Durch diese Ausführungen will Verf. zeigen, daß die intravenöse Strophanthintherapie nicht erst als ein *Ultimum refugium* zur Anwendung kommen soll, sondern daß sie gerade bei Kompensationsstörungen geringeren Grades und bei den ersten Anzeichen der Herzinsuffizienz schnell und sicher wirkt. Schon mit wenigen Injektionen wird in kurzer Zeit mehr erreicht als mit der stomachalen Digitalistherapie in Wochen. Nicht erst die Magenbeschwerden infolge Digitalismedikation sollen die

Indikation zur Injektionstherapie geben. Allgemeine Beschwerden, Bronchitis, Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit usw. führten die Patienten zum Arzt, der dann ein Herzleiden als die Ursache feststellte, ohne daß der Patient sich dessen bewußt war, wie ja überhaupt hinter allen diesen verschiedenartigen Symptomen ein krankes Herz sich verstecken kann. Andere wieder kamen mit plötzlich empfundener Dyspnoe, Leberschwellung oder Oedemen, so daß die Diagnose einer akuten Herzinsuffizienz keine Schwierigkeiten bereitete. Bei allen diesen verschiedenen leichteren Stadien der Herzinsuffizienz versuchte Verf. die Wirkung der intravenösen Strophanthintherapie. Unangenehme Erfahrungen machte Verf. hier nie, oft geschah die Behandlung ambulant in der Sprechstunde und die Kranken konnten ohne Beschwerden nach Hause gehen. Verf. begann mit $\frac{1}{2}$ mg und stieg dann auf 1 mg, bei Kindern die Hälfte. Die Wirkung war allgemein ausgezeichnet, oft schon nach einer Injektion fühlten sich die Patienten subjektiv gesund, und Verf. ließ dann noch 3—4 Injektionen in 3—8 täglichen Intervallen nachfolgen; bei anderen waren Serien von 6—12 Injektionen in ebensolchen Intervallen je nach Lage des einzelnen Falles erforderlich. Bei guter Technik spürt der Patient nicht mehr als den Einstich. (M. m. W. 1919 Nr. 25.)

Neues zur Jod- und Bromtherapie. Von Dr. Karl Bornstein (Berlin). Zwei neue Mittel, Verbindungen von Jod bzw. Brom mit dem diglykolsauren Kalzium, reinem kristallisierten Chlorkalzium und glykolsaurem Natron — „Jodcalciril“ und „Bromcalciril“ (Calcion-Gesellschaft, Berlin) — haben sich bewährt, da sie recht wirksam und fast völlig frei von Nebenerscheinungen sind. (D. m. W. 1919 Nr. 30.)

Ueber zu schnelle Magenentleerung. Von Prof. Dr. H. Determann (St. Blasien-Freiburg i. Br.). Es gibt nicht allzu selten Fälle von langdauernden Darmstörungen, welche nur durch zu schnelle Magenentleerung, auch ohne Aenderung des Magenchemismus, hervorgerufen werden. Die Aufklärung kann leicht durch Röntgenbeobachtung erfolgen. Die zu schnelle Entleerung wird meistens verursacht durch eine lange Zeit hindurch fortgesetzte Brei- und Suppenkost und wird oft unterstützt durch schlechtes Kauen, hastiges Essen, nervös psychische Momente. Die Behandlung muß in der Umformung der Ernährung zu einer festeren, kaubaren und schmackhaften, möglichst eiweiß- und fettreichen Kost, in der Uebung zum Kauen, in der Entfernung nervöspsychischer Schädlichkeiten bestehen, ferner in der Verordnung kleiner Opiumdosen. (M. m. W. 1919 Nr. 25.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ueber Haarausfall nach Grippe. Von Prof. Dr. E. Galewsky (Dresden). Seit Mitte Dezember 1918 kommen täglich Frauen, die über einen rapiden Haarausfall klagen; sie bringen gewöhnlich eine große Menge ausgefallener Haare mit und demonstrieren voller Schrecken die geradezu außerordentlich großen Haarmengen. Wenn man nach den Ursachen forscht, so ist es immer die Grippe, die 5—8 Wochen vorher aufgetreten ist und die wir als Urheberin dieses plötzlichen Haarausfalles betrachten müssen. Wenn wir uns nun fragen, was wir in diesen Fällen tun können, um die Wiederherstellung des Haares zu erzielen, so zeigt es sich, daß im Prinzip die Haare von selber wieder nachwachsen. Man wird aber zuerst alles vermeiden müssen, im Interesse der Erhaltung des Haarkleides, was die Haare schädigt und was das Ausfallen der sowieso dem Tode geweihten Haare vermehrt, also z. B. das Massieren, Bürsten und Malträtieren des Haares und der Kopfhaut. Daneben ist für gründliche Reinigung und Pflege des Kopfes zu sorgen. Wenn wir derartige Köpfe beobachten, so fallen uns 2 Typen auf: die einen Frauen klagen, daß sie im Anschluß an das hohe Fieber noch lange nachgeschwitzt hätten, daß sie eine sehr fette, ölige Kopfhaut besäßen und daß sich bei ihnen eine sehr starke Schuppenbildung auf dem Kopf gezeigt hätte. Und so finden wir bei diesen tatsächlich eine außerordentlich starke Seborrhoe des Kopfes mit allen charakteristischen Erscheinungen derselben. Andere Frauen wieder klagen über ein sehr trockenes Haar, über Mangel an Fett, Ueberempfindlichkeit der Kopfhaut, und dies sind insbesondere die Frauen, die außerordentlich unter den nervösen Beschwerden leiden. Der Kopf ist sehr trocken, die Haut hart und empfindlich und entbehrt des Fettes. Von diesen beiden Gesichtspunkten aus müssen wir auch die lokale Therapie einleiten. Es ist ja, da die Haare nachwachsen, im allgemeinen nur nötig, die Wachstumstätigkeit anzuregen, und das geschieht durch Behandlung der Seborrhoe, durch kräftigende Haarwässer, durch leichtes Elektrisieren des Kopfes und durch Belichtungen mit Höhensonne und Quarzlampe, bzw. Kombinationen dieser Behandlungsweisen. Trotzdem wird es sich aber empfehlen, eine Reihe von Haarwässern an der Hand zu haben, um in resistenteren Fällen wechseln zu können, denn die betreffenden Frauen sind sehr untröstlich und erwarten trotz aller Versprechungen und Verheißungen, daß ihnen der Arzt zur Wiedererlangung ihres Schmuckes verhilft. Verf. läßt also bei fettigem Haar und Seborrhoe den Kopf regelmäßig täglich mit einem der bekannten Schuppenwässer reinigen und

alle 8—14 Tage mit Teerseife oder einem Teerseifenspirituss waschen. Bei fettarmen Haaren und fettarmen Köpfen tritt an deren Stelle ein kräftigendes Haarwasser, welches etwas Fett enthält oder abwechselnd mit einer Haarpomade angewendet wird, und zwar so, daß die Pomade vielleicht 1—2 mal die Woche eingerieben wird, das Haarwasser die anderen dazwischenliegenden Tage; auch hier selbstverständlich Waschen des Kopfes aller 2—3 Wochen.

Rezepte:

1. Thiopinolhaarwasser (mit und ohne Fett) für seborrhoischen Kopf.
2. Euresol pro cap. 10,0
 Tct. arnicae } aa 5,0
 Tct. formicae }
 Anthrasol 2,0
 Chinin muriat. 2,0
 Spir. dilut. } aa 125,0
 Aq. destill. }
3. Tct. Chinae } aa 10,0
 Tct. Cantharid. }
 Bals. peruv. 1,0
 Spir. colon. 30,0
 Spir. dilut. ad 200,0
 Haarwasser (ohne Fett).
- D. Haarwasser bei seborrhoischem Kopf.
4. Ac. salicyl. 2,5
 Resorcin 1,5
 Epicarin 1,5
 Chinin. muriat. 1,0
 Ol. Ricini 1,0—2,0
 Spir. dilut. ad 100,0
 D. Haarwasser mit Fett.
5. Chinin muriat. 1,0
 Pilocarpin muriat. 0,2
 Sulfur. pr. 1,0
 Bals. peruvian. 0,5
 Ungt. leniens ad 30,0
 D. Haarpomade.

(M. m. W. 1919 Nr. 14.)

Hyperhydrosis. Von Prof. Dr. L. Heim (Erlangen). Unter dieser Ueberschrift hat Brodfeld Behandlungsverfahren vornehmlich mit Formaldehydpräparaten mitgeteilt, die von bekannten grundsätzlich nicht abweichen, auch nicht hinsichtlich ihrer Nachteile. Daß solche bestehen und wie sie zu vermeiden sind, soll im Folgenden angegeben werden. Zunächst kann Verf. den Schlußsatz, in dem die Behandlung des Schweißfußes unter allen Umständen als unschädlich für den übrigen Organismus hingestellt und eine angenommene Schädigung als ein Volksglaube bezeichnet wird, der jeder wissenschaftlichen Grundlage entbehre, nicht unwidersprochen lassen. Haut und Nieren ergänzen sich gegenseitig in ihrer Tätigkeit; wenn bei gleichbleibender Flüssigkeitszufuhr der regelmäßige Abfluß aus einem bestimmten Gebiet unterbrochen wird, muß ein anderes dafür eintreten. Uebersteigt die vikariierende Tätigkeit die Leistungsfähigkeit des anderen Organs, dann muß es zu Störungen kommen, zumal da mit dem Schweiß

nicht allein Wasser, sondern auch andere Stoffe ausgeschieden werden. Verf. kann nur sagen, daß man über derartige Störungen noch nicht genug weiß. Erfahren hat man, daß eine unvermittelte Aufhebung der Schweißabsonderung an den Füßen bei empfindlichen Personen zu Hautjucken, ja zu quälenden örtlichen und allgemeinen Ekzemen mit ihren Folgeerscheinungen, Furunkeln usw., führt, insbesondere wenn nicht gleichzeitig die Flüssigkeitsaufnahme (vor allem kommt hier übermäßiges Biertrinken in Betracht) eingeschränkt, oder wenn nicht dem Abfluß des Schweißes auf anderen Wegen, etwa durch Marschieren, Bergsteigen und andere Muskelanstrengungen die Bahn geöffnet wird. Es ist nicht ratsam, eine lästige Fußschweißabsonderung durch stark wirkende Mittel plötzlich aufzuheben, wie das unter anderen mit der von Brodfeld empfohlenen Einpinselung mit Formalinlösung oder mit einer Formalinsalbe geschieht, ganz abgesehen davon, daß die Wirkung niemals nachhält, sondern daß nach dem Aussetzen des Mittels die neue wie früher schwitzende Haut wieder zum Vorschein kommt. Formaldehyd hat vor anderen voraus, daß er mit Ammoniak und dessen organischen Abkömmlingen geruchlose Verbindungen eingeht. Wirksam ist schon der Formaldehyddampf, der sich aus mehreren Tropfen Formalin entwickelt, die man ins Schuhwerk geträufelt hat, ohne daß sie mit der Haut in Berührung kommen können. Aber selbst diese vorsichtige Anwendung wird nicht immer ohne nachteilige Folgeerscheinungen ertragen. Zu ihrer Hintanhaltung hat Verf. in einem Aufsatz „Kalte und nasse Füße“ folgende neue Anwendungsweise angegeben: „Es ist rätlich, derart behandelte Schuhe einige Zeit unbenutzt stehenzulassen, bis sich der überschüssige Formaldehyd verflüchtigt hat. Außerdem trage man Einlegesohlen etwa aus einfacher Korklage oder aus Stroh, deren mehrere Paare zum Wechseln vorrätig sein sollen. Sie werden besser nicht unmittelbar mit Formalin befeuchtet, sondern, wenn sie trocken geworden sind, in eine Büchse oder Schachtel gelegt, in der ein kleines Gefäß mit Watte steht, die von Zeit zu Zeit mit Formalin übergossen wird. Dadurch sind sie den Dämpfen von Formaldehyd ausgesetzt, die den Geruch beseitigen. Der den Sohlen anhaftende Rest von Formaldehyd reicht dann hin, um eine sehr allmähliche und milde Wirkung auf die Haut auszuüben. Während dieser Zeit können sich die übrigen Schweißdrüsen und die Nieren daran gewöhnen, die vermehrte Ausscheidung mit zu übernehmen. Wenn nicht täglich ein Bad genommen werden kann, soll es doch in nicht zu großen Zwischenräumen geschehen, unbedingt erforderlich aber ist es, täglich die Füße mit nicht zu warmem Wasser zu waschen. Noch sei auf einen Punkt zur Hintanhaltung der Luftverschlechterung

in Wohnräumen, besonders im Schlafzimmer, aufmerksam gemacht, nämlich auf das Bett. Für die in Rede stehenden Personen empfiehlt es sich, mit leichten, nicht zu engen Strümpfen schlafen zu gehen, das Bett gut zu lüften und es von Zeit zu Zeit, etwa 1- oder 2mal jährlich, mit Formalindämpfen auszuräuchern ...". Diese Art der Anwendung wird sich zweifellos ebensogut bei dem von Brodfeld außerdem besprochenen Achsel- und Handschweiß anwenden lassen; bei jenem werden leicht auswechselbare, luftdurchlässige Einlagen, bei diesem Handschuhe ihre Dienste tun, wenn man sie bei Nichtgebrauch in die Formalinbüchse gelegt hat. Strümpfe im Bett zu tragen, ist namentlich zur kalten Zeit, wo sie eine Wärmeflasche entbehrlich machen, jedem vorteilhaft, der an dem Uebel der kalten Füße leidet, das für sich bestehen, aber auch mit dem anderen einhergehen kann und durch es gesteigert wird. P. G. Unna hat darüber eine sehr lesenswerte Abhandlung geschrieben, der Verf. nur hinzuzufügen hat, daß bei dazu neigenden Personen der Gefäßmuskelkrampf und die mit ihm verbundene Erscheinung der kalten Füße durch den täglichen Genuß von Tee und Kaffee ausgelöst wird. Die Vermeidung dieser Genußmittel geschah während des Krieges unter dem Zwange der Verhältnisse. Dabei wird mancher wahrgenommen haben, daß sich mit den koffeinfreien Ersatzgetränken nicht nur ganz gut auskommen läßt, sondern daß sich auch gewisse in ihrem Zustande kommen vordem unerklärte Beschwerden von seiten der Verdauungsorgane, des Gefäß- und Nervensystems gebessert haben oder gar verschwunden sind. (M. Kl. 1919 Nr. 25.)

Die Behandlung des Ulcus cruris mit Dymal. Von Dr. A. Janson (Anstaltsarzt am Friedrich-Wilhelm-Hospital A in Berlin). Verf. hat Dymal in ausgedehntem Maße angewendet und als ein völlig reizloses und ungiftiges Antiseptikum erkannt, welches einen dauernden Platz in der Ulkustherapie einzunehmen berufen ist. Nach Reinigung des Ulc. mit H_2O_2 und Trocknung durch Wärme wird das Dymal dick aufgedudert und täglich in gleicher Weise erneuert. Es fällt sofort auf, daß das Präparat keine Kruste auf der Wunde bildet, sondern stark aufgesaugt wird. Die flammende Röte hat sich verloren, die Wunde wird trockener, der Juckreiz milder, so daß der Patient selbst empfindet, daß das Mittel „gut tut“. Verf. hat eine ganze Anzahl hartnäckiger Fälle unter Dymalbehandlung vollkommen vernarben sehen.

(Derm. Wschr. 1919 Nr. 40.)

Intraskrotale Kochsalzinjektionen zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoeica. Von Georg Eisel (Aus der der-

matologischen Universitätsklinik Rostock). Verf. hatte Gelegenheit, im letzten Vierteljahr an 30 frischen Hodenentzündungen die Behandlungsmethode nachzuprüfen. Verwandt wurde ausschließlich sterile physiologische NaCl-Lösung in einer Menge von 10 bis 15 ccm, die nach Einpinselung des Skrotums mit Jod am unteren Pol zwischen Skrotum und Tunica vaginalis injiziert wurde. Von möglichst nur einer Einstichstelle aus wurde der Hoden zirkulär in ein Wasserbett aus NaCl-Lösung eingelagert. Damit ist wohl auch der hauptsächlichste Grund für das sofortige Aufhören jeglichen Schmerzes und Druckgefühls angegeben. Durch dieses Wasserbett wurde eben jede Alteration von außen beim Gehen, Drücken usw. ausgeschaltet. Neben der sofortigen Schmerzlinderung, die wohl den am meisten in die Augen fallenden Effekt der Therapie darstellt, machte sich auch bei ganz frischen Fällen, die am 1. oder 2. Tage zur Behandlung gelangten, ein sofortiges Stillstehen der Entzündung geltend, und der Patient hatte nach 3 bis 5 Tagen keinerlei Beschwerden mehr. Resorption des NaCl-Oedems erfolgte in 1—2 Tagen. Dagegen konnte bei schon über 8 und 10 Tagen bestehenden Nebenhodenentzündungen wenig Erfolg bezüglich der resorptionsfördernden Wirkung beobachtet werden. In solchen Fällen war nur eine schmerzstillende Wirkung bei den sehr dankbaren Patienten zu beobachten. (M. m. W. 1919 Nr. 33.)

Die Behandlung der Furunkulose mit Opsonogen. Von Geh. San.-R.Dr.Th.Rosenthal(Charlottenburg).Verf.behandeltemitdiesem Präparat 14 Fälle (13 Männer und 1 Hilfsschwester), teils leichter, teils schwerer Art. Verf. muß sagen, daß mit Opsonogen im allgemeinen die gleichen günstigen Resultate erzielt wurden wie mit der Autovakzine. Hin und wieder waren wohl stärkere Temperatursteigerungen wahrzunehmen, die jedoch weiter keine ernsteren Folgen hatten und bald wieder abklangen. Wo erhebliche Temperaturen vorkamen, hat Verf. mit den weiteren Injektionen gewartet. Auch örtliche Reizungen kommen vor, die aber auch bald verschwinden. Als sichtbare Wirkung der Vakzinebehandlung zeigt sich, daß die während der Kur noch im Anzuge befindlichen Furunkel weniger entzündet erscheinen und kaum schmerzen, so daß der Patient selbst das Gefühl äußert, daß die Injektionen wirken. Die Packung enthält dosierte Ampullen von 100 Mill., 250, 500, 750 und 1000 Mill. abgetöteter Staphylokokken in 1 ccm. Die erste subkutane Injektion machte Verf. mit $\frac{1}{2}$ ccm = 50 Mill., und am 2. Tage wieder $\frac{1}{2}$ ccm, dann mit 3—5 täglichen Zwischenpausen bis zum Verbrauch der zehn Ampullen. Der Rückbildungsprozeß vollzieht sich etwas langsam, so daß zuweilen noch kleine Nachschübe folgen, die aber unschein-

bar sind. Von den angeführten 14 Kranken konnte Verf. 11 noch zirka 6 Wochen nach der Kur beobachten; sie sind sämtlich ohne Rückfall geblieben. Nach seinen Erfahrungen möchte Verf. daher zur Behandlung der Furunkulose das Opsonogen anraten.

(Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 8.)

Verschiedenes.

Ueber die Lupine als menschliches Nahrungsmittel. Von Alfred Alker (Aus der medizinischen Abteilung B des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau). Zusammenfassend möchte Verf. sein Urteil dahin abgeben, daß wir in dem Lupinenbrot ein Nahrungsmittel haben, das vom menschlichen Darmkanal gut vertragen und besser ausgenutzt wird als das Klebereiweiß des Roggenbrotes. Da ferner bei guter Entbitterung des Lupinensamen keine Gefahr einer Vergiftung vorhanden ist, so bestehen vom ärztlichen Standpunkt aus keine Bedenken, dieses Brot in großem Umfange der Bevölkerung als Nahrungsmittel zuzuführen.

(B. kl. W. 1919 Nr. 39.)

Gelatine als Ersatz für Kanadabalsam. Von Paul Rostock. In Nr. 47 der M.m.W. 1918 empfiehlt R. E. Liesegang, an Stelle des Kanadabalsams bei der Anfertigung mikroskopischer Dauerpräparate eine Gelatinelösung (10 g Gelatine in 200 g warmem Wasser zu lösen) zu verwenden. Da dies Verfahren den Vorzug hat, Objekte sofort aus Wasser einzubetten, und daher das Heraufführen in hohem konzentrierten Alkohol unnötig macht, so hat Verf. es versuchsweise mehrfach angewendet. Die Ergebnisse, die er hiermit erzielt hat, sind aber sehr schlecht. Bereits nach 1—2 Monaten treten in der Gelatine Faltungen und Schrumpfungen ein, welche ziemlich geschwungene Linien erzeugen. Besonders die Stelle im Präparat, an der sich das Objekt selbst befindet, neigt hierzu. Infolgedessen verdirbt das Präparat. Auch die Anbringung eines Deckringes schützt es nicht hiergegen. Auf Grund seiner Erfahrungen kann Verf. daher die Anwendung der Gelatine als Einbettungsmittel für mikroskopische Dauerpräparate nicht empfehlen.

(M. m. W. 1919 Nr. 40.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

**Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur**

Preis des Jahrgangs
M.6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-Rat Dr. Eugen Graetzer** in **Berlin-Friedenau.**

Verlag von **Leopold Voss** in **Leipzig.**

29. Jahrgang

Nr. 4.

Januar 1920

Aetiologisches.

Das Lymphgewebe des Waldeyerschen Schlundringes als Ursache von Temperatursteigerung. Von Pr.-Doz. Dr. Emil Glas. In dem letzten Jahrzehnt, seit die radikale Entfernung der Gaumentonsille (Enukleation) vielfach geübt wird, ist man auch dem Studium der Beziehungen zwischen Tonsillinfektion und internen Erkrankungen nähergetreten und hat sowohl histologisch, bakteriologisch als auch klinisch den in vielen Fällen bestehenden Zusammenhang nachgewiesen. Wiederholt konnte der Pathologische Anatom die Tonsilleneiterung als Eintrittspforte pyogener Infektion nachweisen. Fälle sogen. kryptogenetischer Sepsis mit latenten Tonsillareiterungen gehören nicht zu den Seltenheiten, und verschiedene Arbeiten der letzten Jahre haben zur Genüge erwiesen, daß die Gaumentonsille in vielen Fällen die Eintrittspforte für die verschiedensten Infektionen darstellt. Fälle von Gelenk- und Muskelrheumatismus, Endokarditiden, Nephritiden, Perityphliden, Fälle von Peliosis rheumatica und andere Krankheiten septiformer Art können aus manifesten oder latenten Entzündungen des lymphoiden Tonsillargewebes ihren Ursprung nehmen. Und so ist die Enukleation der Tonsille (als Quelle dieser Infektionen) als therapeutischer Faktor trotz mancher skeptischer Bedenken einzelner Autoren nicht mehr außer Acht zu lassen. Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen an über 3000 enukleierten Tonsillen ist Verf. zur Ueberzeugung gekommen, daß die Enukleation der Tonsillen in einer großen Anzahl von Fällen eklatante Erfolge aufweist, und daß eine große Zahl von Erkrankungen — bei vernünftiger Indikationsstellung — durch diesen Eingriff kupiert werden kann. Die relativ geringe Anzahl von Versagern, die der großen Zahl guter Erfolge gegenüberstehen, sind kein Gegenbeweis für diese Behauptung, da in solchen Fällen noch andere Momente

in Frage kommen, die für den Erfolg von wesentlicher Bedeutung sind. Es verhält sich hier ähnlich wie in den Fällen nasalen Asthmas, wo ja auch der Zusammenhang zwischen nasaler Stenose und Asthma vielfach erwiesen ist, die sekundären Veränderungen bei der Chronizität des Prozesses jedoch häufig bereits solche sind, daß die Erkrankung durch Beseitigung der primären Ursache nicht mehr wesentlich beeinflußt werden kann. Es seien Fälle zitiert, die auch den skeptischen Beurteiler wohl zur Genüge überzeugen müssen:

Fall 1. R. L., 38 Jahre alt, fiebert seit 6 Wochen hoch. Interne Untersuchung negativ. Diagnose: Kryptogenetische Sepsis. Die orale Untersuchung negativ. Druck auf den oberen Pol der Tonsillen beiderseits ergibt Eiter. Wegen der Indolenz des Prozesses wird die Enukleation der Tonsillen während des Fiebers für indiziert gehalten. 2 Tage nach ausgeführter Operation kommt es zum kritischen Fieberanfall. Restitutio ad integrum. Die histologische und bakteriologische Untersuchung der Tonsillen erweist die durch Staphylokokken und Streptokokken bedingte Gewebsentzündung.

Fall 2. Lange Zeit bestehende subfebrile Temperaturen. Interne Untersuchung negativ. Röntgenologische Untersuchung der Lungenspitzen und des Hilusdrüsengebietes negativ. Da Patient manchmal üblen Mundgeruch hatte, genaue Untersuchung der Tonsillen. In der Tiefe der Lakunen fötide Pfröpfe nachweisbar. Enukleation der Tonsillen. Nach 2 Wochen Wiedereintreten normaler Temperaturen.

Fall 3. Lange Zeit bestehender Gelenkrheumatismus bei 18jährigem Mädchen. Drittes Rezidiv. Die Affektion beginnt mit anginösen Beschwerden. Tonsillenuntersuchung ergibt Eiterherde nahe der Kapsel in tiefen Lakunen. Enukleation der Tonsillen vor 6 Jahren. Seitdem absolutes Wohlbefinden. Kein Rezidiv.

Verf. verfügt aber auch über Fälle, wo er a priori keine Hoffnung hatte, die Krankheit zu beseitigen, die strikte interne Indikation aber die Operation ausführen ließ, und der Prozeß im Anschluß an den operativen Eingriff zur Ausheilung kam. Ein in dieser Richtung krasser Fall war bei einer 47 Jahre alten Frau, die bereits durch 15 Monate eine rheumatische Affektion schwerer Form hatte, welche ihr die Fortbewegung außerordentlich erschwerte. Die Patientin hatte bereits multiple Heilungsversuche gemacht, war in Baden und Pistyan gewesen, hatte Heißluft, Diathermie, Höhensonne, Schwitzkuren ohne jeglichen Erfolg versucht. Da die stärkeren Attacken stets mit anginösen Beschwerden einhergingen, wurde vom Internisten die Indikation zur Tonsillenenukleation gestellt. Verf. hat sich zur Operation nur schwer

entschlossen, erstens mit Rücksicht auf das Alter der Patientin, und zweitens im Hinblick auf die lange Dauer der Affektion, welche gegen eine therapeutische Beeinflussung zu sprechen schien. Da aber die Tonsillen bei der Tiefenuntersuchung Eiter zeigten, wurde die Operation ausgeführt, die ohne nennenswerte Blutung leicht vor sich ging. 2 Monate später stellte sich die Frau wieder vor, bloß — wie sie sagte — um zu zeigen, daß ohne jede weitere therapeutische Maßnahmen die Beschwerden geschwunden und die Beweglichkeit in allen Gelenken tadellos war. Es scheint also auch in diesem Falle die Abhängigkeit der Gelenkaffektionen von der latenten Tonsillarinfektion erwiesen und ein fast $1\frac{1}{2}$ Jahre bestehender Prozeß durch die Ausschälung der Gaumenmandeln beseitigt. Der folgende Fall hat Verf. gelehrt, das Augenmerk in Fällen von kryptogenetischer Temperatursteigerung auch auf die übrigen Teile des Waldeyerschen Schlundringes zu richten, da auch von diesen „versprengten Keimen“ (lymphoiden Inseln) der Prozeß seinen Ausgang nehmen kann. Vor 2 Jahren bekam Verf. einen 22jährigen jungen Mann zu Gesicht, der seit Monaten Temperaturen von 37,2 bis 37,6 zeigte, innerlich untersucht, keine Ursache der subfebrilen Temperaturen aufweist und nur das Bild „rheumatoider Infektion“ darbietet. Die genaue Untersuchung der Tonsillen ergab: Stark zerklüftete, mit tiefen Buchten versehene Mandeln mit mykotischen Pfröpfen. Eiterherde im Gebiet des oberen Poles. Die Tonsillektomie wurde ausgeführt. Die Operation ging gut von staten — die Temperaturen änderten sich nicht. Bei einer einige Wochen darauf ausgeführten Untersuchung wurden die tiefen Tonsillarnischen als vollkommen frei gefunden. Doch fiel bei einer Würgbewegung auf, daß die retroarkualen Stränge stark vorsprangen und, ähnlich den enukleierten Tonsillen, wie mit gelben Körnchen besetzt schienen. Zur besseren Inspektion wurde der Rachen kokainisiert und der hintere Gaumenbogen mittels Häkchens lateral abgezogen, und nun zeigte sich der Seitenstrang als ein stark entzündeter, in den Epipharynx hinaufreichender Wulst mit gelben Knötchen. Die Probeexzision ergab den Befund chronisch entzündeten Tonsillargewebes. Die Abtragung der großen, weit hinaufreichenden Entzündungswülste führte zur absoluten Ausheilung des Prozesses. Das monatelang bestehende Fieber, das auch durch die Tonsillektomie nicht beeinflußt worden war, wurde durch die radikale Abtragung der seitlichen Entzündungswülste beseitigt. Seitdem hat Verf. in solchen Fällen auch genau das übrige lymphoide Gewebe des Rachenringes inspiziert und verfügt nunmehr bereits über 8 Fälle, bei denen die Vernichtung dieser Entzündungsquellen zu vollem Erfolge geführt hat. Göppert hat die akute Entzündung dieser detachierten Lymphknötchen als

Inflammatiö pharyngis adenoidalis bezeichnet, insoweit die seitlichen Wülste nicht in Betracht kommen, und den Namen „Pharyngitis granulosa“ für diese Form von Entzündung verworfen. So können wir diese Entzündungsherde als Quellen subfebriler Temperaturen besonders bezeichnen und dem Krankheitsprozeß den Namen einer Inflammatiö pharyngis adenoidalis (lateralis oder media) geben. In einem der beobachteten Fälle war ein chronisch entzündlicher Prozeß der lymphoiden Anhäufung an der Zungenbasis die Ursache der Allgemeininfektion. Wie bekannt, wird die Tonsillenuntersuchung auf latente Eiterherde entweder so ausgeführt, daß man die Tonsille mittels verschiedener Instrumente (wie z. B. Hartmanns Kugel oder Tonsillenquetscher oder Verfs. gitterförmigen Mandelsiebes) auspreßt, oder daß man — was rationeller erscheint — den Arcus palatoglossus (event. nach vorhergegangener Kokainisierung) lateral abzieht, gleichzeitig einen Druck auf das tonsillare Gewebe ausübend. Die genaue Inspektion der Seitenstränge, die, wie bereits erwähnt, häufig in ihrem entzündlichen Teile hoch in epipharyngeales Gebiet hineinreichen und in die Plica salpingopharyngea überzugehen scheinen, wird am besten während der Würgbewegung vorgenommen, wo die seitlichen Pharynxpartien sich kulissenartig verschieben, oder nach Rachenkokainisierung durch laterales Abziehen des Arcus palatopharyngeus bewirkt. Solche Fälle protahierten Fiebers wären dem Pfeifferschen Drüsenfieber verwandt, nur daß die detachierte Teile des Waldeyerschen Schlundringes die Ursache dieser Krankheit darstellen. Die in allen Fällen ausgeführte histologische Untersuchung ergab ein ziemlich gleichförmiges Bild, indem eine Vergrößerung der Follikel, Vermehrung der Keimzentren sowie Mitosenvermehrung zu konstatieren war. Gleichzeitig konnte eine starke Leukozytendurchwanderung der oberflächlichen Schichten beobachtet werden. Diese Befunde decken sich völlig mit den histologischen Befunden chronisch entzündeter Tonsillen. Somit stellt die Pharyngitis adenoidalis lateralis et media einen der Tonsillitis (pharyngea et palatina) kongruenten Prozeß der detachierte Lymphfollikel dar. Schließlich sei noch eines Falles gedacht, bei dem die monatelang bestehenden subfebrilen Temperaturen, welche hie und da auch zu beträchtlicher Höhe anstiegen, durch einen subakut verlaufenden Prozeß der lymphoiden Follikel der Zungenbasis verursacht waren. Es handelte sich um einen 40jährigen Mann, der seit Monaten ohne nachweisbare Ursache fieberte. Interner Befund negativ. Röntgenuntersuchung der Apizes und des Hilusgebietes negativ. Laryngologische Untersuchung war bis dahin nicht ausgeführt worden, trotzdem Patient über wiederholte Schluckbeschwerden geklagt hatte. Die orale Untersuchung ergab nichts

Pathologisches. Die Tonsillen waren klein und ergaben bei Tiefenuntersuchung keinen Eiterprozeß. Doch zeigte der Kehlkopfspiegel stärkere entzündliche Schwellung einiger Follikel der Zungenbasis. Eine kleine fibrinbedeckte Ulzeration an einer Stelle wies auf einen entzündlichen Prozeß von größerer Intensität hin. Die Probeexzision ergab folgenden Befund: Es handelt sich um eine zum Teil mit Fibrinmembranen bedeckte Ulzeration mit sehr intensiven entzündlichen Veränderungen der tiefenwärts anschließenden Nachbarschaft. Das erhaltene Epithel vom Rande der Ulzeration erscheint ein wenig verdickt, sonst unverändert. Nach konservativer Behandlung kamen die akut entzündlichen Erscheinungen zum Schwinden, worauf (da die subfebrilen Temperaturen noch fortbestanden) die lymphoiden Granula abgetragen wurden. Nach weiteren 14 Tagen war der Prozeß abgeheilt. Die Temperaturen blieben nach wie vor normal, wodurch der sichere Kausalnexus zwischen diesen Teilen des lymphatischen Schlundringes und den lange Zeit bestehenden Temperaturerhöhungen erwiesen war. Aus diesen Mitteilungen folgt, daß bei lange vorhandenen Temperaturerhöhungen die genaue Beobachtung des gesamten Waldeyerschen Schlundringes von wesentlichem Belange ist, indem nicht nur die Hauptstätten des lymphoiden Gewebes (Gaumen- und Rachenmandel) mit gewissen Formen „kryptogenetischer Sepsis“ zusammenhängen, sondern auch in einer Anzahl von Fällen die Nebengeleise der Lymphknoten (Rachengranula, Seitenstränge, Lymphgewebe der Zungenbasis) die Ursache der Erkrankung sein können. In solchen Fällen sind dann, ähnlich wie die Adenotomie und Tonsillenukulation, soweit als möglich, die radikalen Maßnahmen für diese erkrankten Lymphfollikel am Platze, welche, wie obige Fälle gezeigt haben, denn auch zur Ausheilung des Prozesses führen. (W. kl. W. 1919 Nr. 34.)

Diagnostisches.

Zur Differentialdiagnose der Maul- und Klauenseucheninfektion beim Menschen. Von Dr. W. Schultz (Krankenhaus Charlottenburg-Westend). Es handelte sich um den Fall einer akuten fieberhaften Erkrankung eines 2 Jahre 4 Monate alten Kindes, deren wesentliches Charakteristikum eine Symptomentrias war, bestehend in: Schleimhauterkrankung mit aphthen- oder diphtherieähnlichen Veränderungen der Mundhöhle, einer zirkumoralen Affektion entzündlichen Charakters mit Bläschenbildung, und einem Ausschlag auf der äußeren Haut, der sich teils diffus, skarlatiniform, teils fleckig präsentierte. Soor, Diphtherie und Rotz konnten bakteriologisch ausgeschlossen werden. Gegen Scharlach,

Masern oder Lues sprach der Verlauf überzeugend. Sporotrichose wurde später in den Kreis der differentialdiagnostischen Erwägungen gezogen, aber bei vorgerückter Rekonvaleszenz nicht näher verfolgt. Den gewichtigsten Faktor für die Beurteilung lieferte die anamnestische Angabe des vorangegangenen Genusses ungekochter Milch von maul- und klauenseuchenkranken Kühen. Es ist nun bemerkenswert, daß der beschriebene Fall sowohl bezüglich der Charaktere der Schleimhautaffektion, wie des Hautexanthems gegenüber den zusammenfassenden Abhandlungen unserer Literatur Abweichungen bietet. Die Darstellungen der „Stomatitis epidemica“ von Garrè, Mikulicz und Kümme l, Hetsch schildern die Affektion der Mundschleimhaut als Bläschenausschlag. Speziell bei Mikulicz und Kümme l wird im Anschluß an Siegel diese Eigentümlichkeit des Exanthems als wichtig für die Differentialdiagnose gegenüber der Stomatitis aphthosa unterstrichen. Demgegenüber ist daran zu erinnern, daß außer anderen Autoren Ebstein einen Fall ausführlich beschrieben hat, bei welchem analog dem obigen die Entwicklung von Blasen oder Bläschen auf der Mundschleimhaut ausdrücklich verneint wird. Es handelte sich um einen 27jährigen Kandidaten der Medizin, dessen Erkrankung auf den Genuß von Stippkäse, von maul- und klauenseuchenkranken Tieren herrührend, zurückgeführt wurde. Wegen eines klein- und großfleckigen makulo-papulösen Exanthems wurde die Erkrankung anfänglich für Masern gehalten. Nachdem in diesem Falle zunächst mäßig starke Konjunktivitis, geringe Laryngitis und Schwellung und Rötung des weichen Gaumens bestanden hatten, bildeten sich am 5. Krankheitstage in der Gaumen- und Mundschleimhaut unter Zunahme der entzündlichen Erscheinungen der Mukosa kleine, linsengroße bis etwa einen Quadratzentimeter große, grauweiße, rundliche, mit zahlreichen Kokken durchsetzte Infiltrate, welche von einem schmalen, roten Hofe umgeben waren, an welche sich eine Anschwellung der umgebenden Schleimhaut schloß. Vornehmlich fanden sich die genannten Veränderungen an den Rändern, sowie auch an der unteren Fläche der Zunge. Am 5. Krankheitstage war der Prozeß im Munde noch weiter fortgeschritten. Neue Herde von gleichartiger Beschaffenheit hatten sich an den vorderen Gaumenbögen neben der Uvula und an der Lippenschleimhaut entwickelt. Von da an trat ein Stillstand ein. Von sonstigen Parallelen obigen Falles mit dem von Ebstein beobachteten sind folgende Tatsachen zu erwähnen: Diarrhöen fehlten in beiden Beobachtungen. In Ebsteins Fall war das Exanthem am 11., die Munderkrankung am 17. Krankheitstag beendet, in obigem war am 8. Krankheitstage von Exanthem nichts mehr zu sehen, und ebenfalls am 17.

der Mund bis auf geringe Beläge auf der Innenfläche der Lippen völlig gereinigt. In beiden Fällen wurde von Hautschuppung nichts bemerkt. Abweichend ist in Verfs. Falle der mehr skarlatini-forme Charakter des Exanthems, der sich auf Gesäß, Skrotum und Oberschenkel lokalisierte und am Rande fleckig in die normale Haut übergang. Ein schwächerer fleckiger Ausschlag wurde an den Armen beobachtet. Das beobachtete Aussehen des Exanthems muß das seltenere sein, denn die obenerwähnten Abhandlungen sprechen nur von morbilliformen Ausschlägen. Eine weitere Abweichung gegenüber den früheren Beobachtungen bietet die verhältnismäßig lange Inkubationszeit des Falles von mindestens 14 Tagen. Sie wird durchschnittlich auf 3—6 Tage angegeben. Es kann nicht Aufgabe eines kurzen Beitrags sein, die zahlreichen Formen an Haut- und Schleimhautaffektionen anzuführen, die auf Maul- und Klauenseuche zurückgeführt werden. Solche Zustände sind nach der neueren Arbeit von M. Fischer:

Angina mit Stomakaze, Konjunktivitis mit pustulösem Hautausschlag von herdförmiger Anordnung.

Angina mit Belag, Fortgang mit Geschwürsbildung der Rachen-teile, kombiniert mit bläschenförmigem Ausschlag um den Mund, Zervikaldrüsenschwellung, Mittelohrbeteiligung und Panaritium, schließlich Lippenaffektion, Ptyalismus und Halsdrüsenschwellung.

Fieberhafte Stomakaze mit panaritaler Eiterung an Finger- und Zehennägeln.

Stomakaze allein.

Geschwürige Prozesse der Mundhöhle mit Lippenaffektion, Gedunsenheit des Gesichts, Anorexie und Erbrechen.

Ebensowenig soll auf Fälle eingegangen werden, bei denen insbesondere an den Extremitäten infolge lokaler Infektion Blasen- oder Bläscheneruptionen, event. kombiniert mit sonstigen Infektionserscheinungen, auftreten. Ihre Erwähnung möge lediglich dazu dienen, die Aufmerksamkeit auf die Buntheit und Diffizilität der Symptomatologie zu richten, die mangels eines geklärten Erregernachweises dringend weiterer klinischer Grundlagen bedarf. Dies um so mehr, als ohne Zweifel Krankheitszustände beobachtet werden, welche ausgesprochene Charaktere bieten, ohne daß ein Zusammenhang mit Maul- und Klauenseuche zu ermitteln ist. So hatte Verf. kürzlich Gelegenheit, im Erkrankungsfalle einer 30 jährigen Ehefrau die Kombination von ausgedehnten aphthen-ähnlichen Erscheinungen im Munde mit eigenartigem Exanthem der äußeren Haut zu beobachten, ohne daß sich für die Diagnose Maul- und Klauenseuche Anhaltspunkte gewinnen ließen. Lediglich der Genuß von Butter unbekannter Provenienz käme in Frage. Die fieberhaft verlaufende Krankheit begann mit Blepharo-Kon-

junktivitis und einer Stomatitis, die lebhaft an den zu Anfang dieser Arbeit beschriebenen Fall erinnerte. Die Lippen waren teils hochrot, blutend, teils oberflächlich weißlich belegt, wie mit einem Ättschorf. Weicher Gaumen, Wangenschleimhaut links und Zunge, besonders deren Unterfläche, zeigten unregelmäßig landkartenähnlich begrenzte, aphthenähnliche Beläge von etwa Erbsen- bis Bohnengröße, mit mehrere Millimeter breitem geröteten Saum. Auf der äußeren Körperhaut, besonders an den Streckseiten der Arme, spärlicher auf Brust, Bauch und Rücken, und ganz vereinzelt an den Streckseiten der Beine, sah man leicht erhabene, kreisrunde, vielfach kokardenartig aussehende Effloreszenzen von Linsen- bis Markstückgröße, letztere mit leicht erhabenem Rand, von rötlichlivider Farbe und einem ebenfalls am Rande etwas erhabenen, bräunlich tingierten Zentrum, das an den vorgeschrittenen Stellen von einer Blase eingenommen wurde. Die Effloreszenzen verursachten leichten Juckreiz. In diesem Falle wiesen auch die äußeren Genitalien Veränderungen auf. Es bestanden kondylomähnliche entzündliche Wucherungen in der Umgebung des Anus, besonders zwischen diesem und hinterer Kommissur. Die hinteren Teile der Labien und der Vulva waren hochrot, entzündlich geschwollen und äußerlich papulös verändert. Die kleinen Labien waren, ebenfalls durch entzündliche Schwellung, auf das 3—4fache ihres normalen Umfanges vergrößert und größtenteils ebenso wie die Innenflächen der großen Labien an ihrer Oberfläche mit dünnem, weißlichem, schorfähnlichem Belag versehen. Der Befund der inneren Organe war ohne Besonderheiten. Blutleukozytenzahl: 10700. Der Urin enthält anfangs Spuren Eiweiß, vereinzelte granulierte und Epithelzylinder, ferner Erythrozyten und Leukozyten. Der Fall lief, vom 10. Krankheitstage durch eine Pleurapneumonie kompliziert, in Genesung aus. Vom 16. Tage ab war die Kranke fieberfrei. Sie wurde geheilt entlassen am 34. Krankheitstage. Lues war durch die Anamnese, den negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion und die ohne spezifische Behandlung ziemlich rasch erfolgende Abheilung mit größter Sicherheit auszuschließen. Der Abstrich aus der Mundhöhle ergab Streptokokken und Staphylokokken, keine Diphtheriebazillen, wiederholt untersuchtes Sputum Streptokokken und Staphylokokken, keine Tuberkelbazillen. Venenblut kulturell verarbeitet war steril, desgleichen am 22. Tage untersuchtes Pleurapunktat. Verf. ist nicht der Ansicht, daß dieser 2. Fall mit Maul- und Klauenseuche in Verbindung gebracht werden kann, und glaubt ihn dem Kapitel des Erythema exsudativum multiforme einreihen zu müssen. Schließlich bekam Verf. noch den ebenfalls fieberhaft verlaufenen Fall eines 17jährigen Mädchens

zur Beobachtung, bei welchem sich aphthenähnliche Beläge im Munde mit einem teils masern-, teils scharlachartigen Ausschlag kombinierten. Zirkumorale Veränderungen fehlten, Lues war auszuschließen, mit Maul- und Klauenseuche konnte ein anamnestischer Zusammenhang nicht ermittelt werden. Diese Beobachtung, sowie einzelne Bemerkungen in der Literatur zeigen, wie schwierig die Beurteilung der Fälle ist. Zukünftigen klinischen und ätiologischen Ergebnissen muß es vorbehalten bleiben, weiter zu erhärten, daß die beiden eingangs aufgeführten Fälle von Verf. und Ebstein den durch die Anamnese nahegelegten Zusammenhang besitzen. (M. Kl. 1919 Nr. 33.)

Zur Diagnostik paravertebraler Abszeßbildung durch die Röntgenuntersuchung. Von M. Sgalitzer (Wien). Ein großer Fortschritt in der Diagnose der Wirbelkaries ist durch Anfertigung seitlicher Brust- und Wirbelaufnahmen geschaffen, da dabei die Wirbelkörper viel klarer dargestellt werden können und auch kleinere Herde und beginnendes Einsinken der Körper sich leichter feststellen lassen, als bei Frontalaufnahmen. In nahezu 80 % der Fälle ist die Wirbeltuberkulose mit Abszeßbildung vereinigt, und im Brustraum gehen die Abszesse ins paravertebrale Gewebe über, wo sie leichter sich im Röntgenbilde von den Weichteilen des Mediastinums abheben und als der Wirbelsäule parallel laufende Schatten erscheinen, in selteneren Fällen nur auf der linken Seite, meist auf beiden Seiten. Die stärkste Anschwellung des Schattens ist meist in Höhe des erkrankten Wirbels, und der Schatten hat meist spindelförmige Gestalt, verjüngt sich stets gegen den Hiatus aorticus. Auf die lufthaltige Lunge projiziert sich nur ein sehr ausgedehnter Abszeß in den oberen Brustteilen. Meist überragt der Schatten das Mediastinum nicht. Der kranke Wirbel liegt häufiger in der unteren Partie des Abszeßschattens, ist nur höchst selten an der Kuppe des Abszesses, denn der Eiter findet am Hiatus aorticus und den seitlichen Pleurablättern starken Widerstand und steigt infolgedessen säulenartig in die Höhe, so lange, bis das Gewicht des Eiters den Widerstand am Hiatus aorticus überwindet. Der Prädilektionssitz der Brustwirbelkaries ist der zehnte und elfte Brustwirbel. Der Abszeß an der Lendenwirbelsäule ist schwer darstellbar, wegen der Dichte des umgebenden Gewebes könnte aber mittels Rautenbergschen Lufteinblasungsverfahrens in die Bauchhöhle leicht sichtbar gemacht werden. Differentialdiagnostisch kommen in Frage Lues, Tumor, dann Verbreiterung des Aortenbandes und Osteomyelitis. Therapeutisch muß Entleerung des Abszesses an der breitesten Stelle erfolgen mit nachträglicher Injektion von Jodoformglyzerin. Senkungsabszesse mit Fisteln können

leicht durch Zirkonoxydschmelzstäbchen sichtbar gemacht werden, und so oft sonst nicht wahrnehmbare Knochenherdchen noch aufgedeckt werden.

(Mitteil. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31 H. 4.)

Krankheitsbilder.

Beitrag zur Influenzamyositis. Von Dr. Friedrich Vorpahl (Aus der Medizinischen Klinik Greifswald). Die Influenzamyositis ist eine hoch fieberhafte Erkrankung im Anschluß an oder im Verlauf von Grippe, die durch schmerzhaftes Schwellungen der Muskulatur ohne Hautveränderungen charakterisiert ist. Die Erkrankung ist prognostisch günstig, da bisher alle Fälle ausgeheilt sind, ohne Störungen an den erkrankten Muskeln zu hinterlassen. Der Verlauf ist chronisch, die Rekonvaleszenz sehr langsam. Die Erkrankung ist selten und scheint nur jetzt bei den Grippeepidemien der letzten Jahre beobachtet worden zu sein. Die Myalgien, die stets bei der Influenza auftreten, sind wohl leichtere Formen der Influenzamyositis. Die therapeutische Beeinflussung durch Salizylsäure und ihre Präparate, durch Chinin, Bäder oder Heißluftbehandlung ist wenig erheblich. Burger empfiehlt Novatophan. Verf. sah in seinem Fall eine günstige Beeinflussung der Erkrankung durch Kollargol. (M. Kl. 1919 Nr. 39.)

Die nicht spezifische primäre Epididymitis. Von Prof. Dr. Max Kappis (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Kiel). Die akute Epididymitis tritt weitaus am häufigsten im Gefolge einer Urethralgonorrhoe auf; man sieht sie auch verhältnismäßig oft bei manifesten Urethritiden irgendwelchen bakteriellen, toxischen, traumatischen oder anderen Ursprungs (Katheterismus, Fremdkörper usw.). Diese Arten von Epididymitis entstehen durch Fortleitung von der Urethra aus auf dem Wege über das Vas deferens. Daneben kommen noch Epididymitiden auf hämatogenem Wege zustande, die bei jeder Infektionskrankheit, insbesondere bei Mumps, Influenza, Pocken, Typhus, Malaria, und natürlich auch bei Sepsis auftreten können. Auch bei Gicht werden Epididymitiden und Orchitiden beobachtet. Die chronische Epididymitis geht entweder aus diesen akuten Erkrankungen hervor, oder sie ist im allgemeinen tuberkulöser Natur. In dieser Weise etwa läßt sich zurzeit das allgemeinbekannte Bild der Epididymitis skizzieren. Außerdem werden in der Einzelliteratur noch einzelne Arten oder Fälle von besonderen Formen von Epididymitis beschrieben. So haben Wälsch und Porocz eine subakute, chronische oder häufig rezidivierende Schwellung der Epididymis, die durch sexuelle oder

sympathische Reize ausgelöst werden soll und im allgemeinen ohne weitere Störungen abklingt, als Epididymitis erotica oder sympathica bezeichnet; der eigentliche Charakter dieser Erkrankung in anatomischer Beziehung ist noch nicht ganz klar. Die „Bräutigamsschmerzen“ gehören wohl auch in dieses Gebiet. Auch andere Fälle unklarer Aetiologie wurden wiederholt beschrieben, so von Elsenberg 1893 drei akute Epididymitiden mit unbekanntem Ursprung. Michelsen berichtete der Berliner dermatologischen Gesellschaft 1904 über vier idiopathische Orchitiden, bei denen er keinen Ausgangspunkt nachweisen konnte und die er als epidemische bezeichnete. Einen ähnlichen Fall stellte Neumann 1904 in der Wiener dermatologischen Gesellschaft vor. Hirschberg sah 1907 eine akute Orchido-Epididymitis (Punktion: Pyozyaneus) bei einem sonst ganz gesunden Manne, Ausgangspunkt der Infektion unklar. Auch Stroink teilte 1913 „vier akute, nicht gonorrhoeische Epididymitiden“ mit: 16 jähriger Junge, nach einer Hodenquetschung akute Epididymitis rechts, Punktion: Bacillus fluorescens; 14 jähriger Junge: nach Einführen von Streichhölzern in die Urethra akute Epididymitis links, Punktion: Staphylococcus aureus; 22 jähriger Mann: akute Epididymitis links nach Parotitis; Punktion: Staphylococcus albus; 18 jähriger Junge, rezidivierende Epididymitis bei chronischer Prostatitis. Punktion: Bacterium coli. Diese Stroinkschen Fälle haben aber alle eine klar erkennbare Ursache, und vielleicht hätte sich bei den anderen oben genannten Fällen auch noch irgendein Ausgangspunkt oder eine bestimmte Ursache auffinden lassen. Außer diesen finden sich noch einige weitere Einzelfälle kryptogenetischer Natur in der Literatur, deren weitere Aufzählung hier unnötig erscheint. Bei all diesen Mitteilungen über kryptogenetische Epididymitiden handelt es sich aber immer nur um Einzelfälle. Verf. hat jedoch im Laufe von zwölf Jahren etwa zehn größtenteils akute, aber auch subakute und chronische Epididymitiden gesehen, die durch die gewöhnlichen Eitererreger bedingt waren, bei denen aber ein greifbarer Ausgangspunkt oder eine klare Ursache für die Erkrankung der Epididymis im allgemeinen nicht zu erkennen war. Diese vom Verf. wiederholt beobachtete primäre, nicht spezifische Epididymitis stellt ein zwar seltenes, aber typisches Krankheitsbild dar, das bis jetzt zum mindesten weder allgemein noch genau bekannt ist. Anschütz hat in einem Vortrag über Nebenhodentuberkulose auf der 14. Versammlung Nordwestdeutscher Chirurgen zu Kiel am 14. Juni 1913 schon auf diese Erkrankung hingewiesen. Es handelt sich dabei um eine Epididymitis, die bei sonst ganz gesunden, sicher nie geschlechtskranken Männern auftritt, ohne Vorausgang irgendeiner Erkrankung, ohne vorherige

Erscheinungen einer Urethritis; allerdings finden sich während und besonders bei Beginn der Erkrankung Leukozyten im Urin, und zuweilen treten auch zu Anfang gewisse Reizerscheinungen in der hinteren Urethra oder der Prostatagegend auf; aber das ist ja durchaus wohl verständlich, da die Leukozyten aus der erkrankten Epididymis über das Vas deferens in die hintere Urethra kommen müssen. Im akuten Stadium finden wir örtlich das Bild der akut entzündlichen Epididymitis; daß bei einer rechtseitigen Epididymitis Schmerzen in der Appendixgegend mit reflektorischer Bauchdeckenspannung usw. auftreten und das Bild einer akuten Appendizitis so vortäuschen können, daß schon Fälle bei Uebersehen der Hodenerkrankung als akute Appendizitiden operiert wurden, sei nur nebenbei erwähnt. Auch die Samenblasen usw. können beteiligt sein. Die Diagnose akute Epididymitis ergibt sich so von selbst; daß es sich nicht um eine sekundäre Form handelt, geht hervor aus dem Fehlen einer greifbaren Ursache; in der Nachforschung nach derartigen möglichen Ursachen muß man allerdings sehr energisch vorgehen, wie folgende Beobachtung aus der letzten Zeit beweist: Ein 39jähriger Mann bemerkte am 24. Dezember 1918, daß das Bruchband, das er wegen eines rechtseitigen Leistenbruches trug, ihm in der Leistengegend Schmerzen machte, ohne irgendeinen Anlaß; noch am gleichen Tage schwoll der rechte Hoden und der Nebenhoden stark an, und er kam nach fünf Tagen mit 41° Fieber und einer sehr starken Epididymitis rechts mit Beteiligung des Samenstranges zur Klinik. Die Punktion des Nebenhodens ergab *Bacterium coli*. Erst durch genaues wiederholtes Befragen kam sechs Tage nach der Aufnahme heraus, daß der Mann 15 Jahre vorher 32 Wochen lang wegen einer Zystitis behandelt und gespült worden war, womit ja eine klare Ursache gegen ist. Eine fast noch größere praktische Bedeutung als die akute Form haben die subakuten und chronischen Formen dieser Art von Epididymitiden, von allem anderen abgesehen aus differentialdiagnostischen Gründen. Denn wenn auch die Diagnose bei dem akuten Zustand sich bei einer genauen Aufnahme der Anamnese und dem Fehlen einer anderen Ursache von selbst ergibt, ist bei den chronischen Fällen die Anamnese eben nicht mehr so klar, und die Art des Beginns bleibt oft fraglich. Dabei gleicht die chronische oder subakute Epididymitis örtlich genau einer beginnenden oder langsam verlaufenden tuberkulösen. Auch Beteiligung des Vas deferens und der Samenblasen, Leukozyten im Urin usw. können bei beiden Arten vorkommen. Man wird natürlich die Tuberkulin-Haut- und Injektionsproben usw. in jeder Hinsicht ausnutzen; dennoch werden oft Zweifel in differentialdiagnostischer Richtung gegenüber der Tuberkulose entstehen;

dann ist eine frühzeitige Probeexzision anzuraten, die das einzige sichere Mittel ist, die Diagnose zu klären und so eine überflüssige Kastration zu vermeiden. Denn wenn man auch durch heftige Beschwerden usw. zur Operation einer derartigen einfachen Epididymitis gezwungen werden kann, so sollte man den Hoden dabei doch immer erhalten können und sich mit einer Resektion der kranken Epididymis begnügen. (D. m. W. 1919 Nr. 20.)

Symptomatologisches.

Ueber Neuritis optica als Spätsymptom bei Fleckfieber. Von Primararzt Dr. V. Arnold (Aus der Abteilung für Infektionskrankheiten des allgemeinen Landesspitals in Lemberg). Neuritis optica ist bei Flecktyphus nicht weniger häufig, wenn nicht häufiger als bei Meningitis anzutreffen. Sie ist ein Spätsymptom der Erkrankung und erreicht gewöhnlich erst um die Zeit der lytischen Entfieberung ihren stärksten Entwicklungsgrad. Sie ermöglicht daher oft die Erkennung derselben sogar noch während der Rekonvaleszenz. (W. kl. W. 1919 Nr. 36.)

Ein konstantes objektives Frühsymptom der Hungerosteomalazie. Von Dr. J. Hahn (Wien). Vom 18. Mai bis 2. Juni d. J. sind Verf. 13 Fälle von Hungerosteomalazie untergekommen, und zwar ausschließlich bei Frauen von 40 bis 74 Jahren, mit auf diese Krankheit mehr oder weniger deutlich hinweisenden, seit einigen Tagen bis einigen Monaten datierten subjektiven Beschwerden (Brust-, Rippenschmerzen, Seitenstechen, Hustenreiz, Gürtelschmerzen in der Lendengegend, Schmerzen im Kreuz, in den Oberschenkeln, den Beinen, Schmerzen bei Veränderung der Rücken- zur Seitenlage, beim Aufsitzen, beim Gehen), die ausnahmslos das für die Krankheit charakteristische, gegenüber anderen Deutungsmöglichkeiten der Beschwerden beweisende objektive Symptom der krankhaften Nachgiebigkeit, Verbiegbarkeit, Eindrückbarkeit. Einknickbarkeit der Knochen nur an den Rippen, und zwar auf mäßigen Druck mit einem Finger, und die Empfindung darboten, als ob die Rippen in diesen Fällen nicht knöchern, sondern Spangen aus Spielkartenpapier wären. Der Augenblick des plötzlichen Zurückweichens der gedrückten Rippenstelle war den Patienten anscheinend etwas unangenehm überraschend, aber nicht ausgesprochen schmerzhaft; nach Feststellung dieses Krankheitszeichens wurde durch keine Klage der Patienten je die Aufmerksamkeit des Arztes auf diese Stelle zurückgelenkt, so daß der Nachweis dieses Symptoms offenbar unschädlich ist. Immerhin dürfte nur ein vorsichtig und mäßig gesteigerter Druck mit einem

Finger gestattet sein, um nur Abflachung, Verbiegung, womöglich nicht eine Fraktur der Rippe hervorzurufen. Am günstigsten für die Erprobung scheint das zweite Rippenpaar in der Mamillarlinie zu liegen. Daß sich die objektive Nachweisbarkeit der Knochenerweichung zuerst an den Rippen erbringen läßt, dürfte von ihrer besonderen Dünnhheit gegenüber anderen Skeletteilen herrühren. Trotzdem die Beteiligung der Rippen an der Knochenerweichung längst bekannt ist, vermißt Verf. in der Literatur den Hinweis auf dieses unmittelbare, bequeme, leichte, sichere, beweisende objektive Frühsymptom. Was die Form der Phosphorthherapie betrifft, glaubt Verf., da die übliche Darreichung in Fetten derzeit nicht möglich ist und die Herstellung in Pillen nach den überlieferten Verordnungen wegen der Verwendung organischer Bestandteile hierbei und Feuersgefahr bei der Herstellung, von den Apotheken mehrfach abgelehnt wird, folgende Verordnung empfehlen zu dürfen: P. 0,05, Vaseline et Calc. carbon. praec. q. s. u. f. pil. C, consperg. Calc. carbon. praec. S. 3 \times tägl. 1—2 Pillen (à $\frac{1}{2}$ mg) nach den Mahlzeiten. (W. kl. W. 1919 Nr. 27.)

Der Harnröhrenkatarrh und die Phimose als Symptome der Syphilis. Von Dr. Fritz M. Meyer (Berlin). 1. Der Harnröhrenkatarrh. Es häufen sich die Fälle, in denen Kranke, die an einem Harnröhrenkatarrh leiden, aus Furcht, einen Tripper akquiriert zu haben, die Sprechstunde aufsuchen oder mit dieser Diagnose ärztlicherseits überwiesen werden. Ist eine mikroskopische Untersuchung bereits vorgenommen worden, so hat dieselbe, wofern nicht zufällig Gonorrhoe und Lues vergesellschaftet sind, das Fehlen von Gonokokken ergeben, so daß dann die Diagnose: „Nichtspezifischer Harnröhrenkatarrh“ lautet. Bei oberflächlicher Betrachtung scheinen auch die tatsächlichen Verhältnisse dieser Diagnose Recht zu geben, denn der Charakter des Ausflusses stimmt mit dem bei der originären Urethritis üblichen überein, insofern, als er entweder profus hervorquillt oder nur auf Druck sichtbar wird und bald zähflüssig, bald eitrig ist. Bei genauerer Inspektion erkennt man allerdings, daß die Diagnose irrtümlich gestellt ist und der Ausfluß lediglich durch die Lokalisation eines Primäraffektes bedingt ist. Der Sitz desselben ist dann einmal in der Harnröhrenschleimhaut selbst, und zwar meist dicht unterhalb des Orificium externum, oder er umgibt dasselbe zum Teil, bzw. in ganzer Ausdehnung. Ist das letztere der Fall, so sind beide Lippen des Orificiums geschwollen und leicht sklerosenartig verdickt. Im Gegensatz zu der bei der frischen Gonorrhoe vorhandenen Schwellung sind die Lippen aber nicht lebhaft entzündet und gerötet, sondern die Farbe ist die der gesunden Um-

gebung. Dieser Befund kann sowohl beim männlichen wie beim weiblichen Geschlecht erhoben werden; Verf. selbst hat allerdings nur ein einziges Mal Gelegenheit gehabt, bei einer Frau einen Harnröhrenchanker festzustellen. Wenn nun schon das klinische Bild für den Erfahrenen ausreicht, um mit Sicherheit die richtige Diagnose zu stellen, so kann dieselbe natürlich jederzeit noch durch den Nachweis von Spirochäten im Serum des Primäraffektes gestützt werden und, wofern nur die Erscheinungen lange genug bereits vorhanden sind, durch das Verhalten der Lymphdrüsen, bzw. den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion. Andererseits spricht in dem gleichen Sinne auch der Erfolg der Behandlung insofern, als mit dem Rückgang des Schankers in jedem Falle sehr bald nach Einsetzen der Therapie auch der Ausfluß sistiert, selbst wenn er vorher in erheblichem Grade vorhanden war.

2. Die Phimose. Während die entzündliche Phimose als Begleiterscheinung der akuten Gonorrhoe bzw. der Balanitis ein den praktischen Aerzten geläufiges Krankheitsbild ist, besteht noch weitgehende Unkenntnis darüber, daß die Phimose auch durch die Lokalisation des Primäraffektes bedingt sein kann. Befindet sich dieser nämlich am inneren Blatte des Präputiums bzw. am Präputialring, so tritt meist eine entzündliche ödematöse Infiltration ein von einer derartigen Intensität, daß man nicht mehr in der Lage ist, das Präputium über die Eichel zurückzuziehen. In einem solchen Falle können wir also nicht mehr den Primäraffekt uns zugänglich machen. Von der falschen Meinung nun ausgehend, daß es sich um eine Gonorrhoe bzw. eine Balanitis handelt, pflegt der praktische Arzt in gleicher Weise wie der Chirurg zur Inzision bzw. zur Zirkumzision zu schreiten, um dann den diagnostischen Irrtum erkennen zu müssen. Der operative Eingriff könnte ja als solcher in Kauf genommen werden, da er an und für sich keine Gefahr in sich schließt, wenn nicht daraus ein Nachteil für den Kranken resultierte. Einmal wird er erst vorgenommen, nachdem die konservative Behandlung nicht zum Ziele geführt hat, so daß kostbare Zeit für die Einleitung der spezifischen Therapie verloren geht, andererseits wird dem Uebertritt der Spirochäten in die Blut- und Lymphgefäße Tür und Tor geöffnet und das Zustandekommen der Allgemeininfektion dadurch beschleunigt. Wir müssen uns deshalb in jedem Fall von entzündlicher Phimose die Frage vorlegen, ob nicht ein Primäraffekt ihre Ursache ist, um so mehr, als diese Art der Lokalisation keineswegs selten ist. Verhältnismäßig leicht ist die Entscheidung, wenn es gelingt, durch die Phimose hindurch den Primäraffekt als solchen zu fühlen und als hartes, induriertes, gegen die Umgebung scharf abgesetztes Ulkus

genau abzutasten. Aber die Möglichkeit hierzu ist nicht immer gegeben, indem bald die Infiltration zu stark ist, als daß wir noch den Primäraffekt finden könnten, bald ist er selbst zu wenig ausgesprochen um als prominentes Gebilde deutlich zu werden. Dann haben wir noch einen anderen Fingerzeig zu Verfügung, nämlich das Verhalten der benachbarten Lymphdrüsen; und dieses Merkmal läßt uns kaum im Stich, weil ja im allgemeinen bis zum Auftreten der Phimose ein längeres Zeitquantum vergeht, so daß gewöhnlich eine Lymphadenitis bereits vorhanden ist, andererseits die Entzündung der Drüsen weitere Fortschritte machen kann, da eine spezifische Behandlung noch nicht eingeleitet worden ist. Deshalb finden wir auch gerade bei den mit einer Phimose einhergehenden Primäraffekten besonders starke Drüsenschwellungen, das Bild der sogen. Drüsenpakete, die oft apfelgroß oder gar noch umfangreicher sind. Schließlich ergibt die W. R. fast durchweg ein positives Resultat. Was nun die Behandlung einer so entstandenen Phimose anbetrifft, so ist das einzige wirklich wirksame Mittel zu ihrer Beseitigung die antiluetische Behandlung, indem mit dem Schwinden des Primäraffektes auch die Infiltration und damit die Phimose zurückgeht, ebenso wie die Lymphadenitis, die ausschließlich durch das syphilitische Virus bedingt ist, restlos ausheilt. Daneben empfiehlt es sich, zwecks Beschleunigung des Rückganges antiphlogistische Umschläge machen zu lassen und, wofern starke Sezernierung aus dem Vorhautsack erfolgt, Ausspülungen mit lauwarmem übermangansäuren Kali (1:3000) vorzunehmen. Man muß sich darüber aber im Klaren sein, daß die lokale Behandlung lediglich ein Adjuvans darstellt, das allein so gut wie nie zur Beseitigung der Phimose genügt.

(Zschr. f. ärztl. Fortb. 1919 Nr. 18.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Ueber Behandlung von Bronchiektasien mit künstlichem Pneumothorax. Von Dr. W. Unverricht (Aus der III. medicin. Klinik der Universität Berlin). Die interne Behandlung chronischer Bronchialeiterungen (Balsamika innerlich oder durch Inhalation, Quinckesche Lagerung, Singersche Durstkur) gibt meist nur bescheidene Erfolge; Heilungen sind sehr selten. Am günstigsten ist der bessersituierte Patient gestellt, der durch wiederholten Aufenthalt in staubfreiem, trockenem Klima, passende Berufswahl und Lebensführung die Eiterung auf ein Mindestmaß zurückführen kann. Doch auch diesen Patienten droht die durch Mischinfektion eintretende putride Zersetzung des Auswurfs, er ist in Gefahr,

Blutungen, metastatische Abszesse, amyloide Entartung u. a. m. zu bekommen. Wegen der meist unbefriedigenden Erfolge interner Behandlung hat man sich seit längerer Zeit der chirurgischen Behandlung zugewandt. Nach Brauer stehen uns zur Behandlung chronischer Bronchialeiterungen 3 Methoden zur Verfügung:

1. Lungenkollaps (Pneumothorax oder Rippenresektion),
2. Anlegung einer Bronchialfistel,
3. ausgedehnte Lungenresektion,

wozu neuerdings noch die Unterbindung der Arterie eines Lungenlappens hinzukommt.

Jeder einzelne Fall ist mit dem für ihn passenden Verfahren zu behandeln. Da diese chirurgischen Eingriffe immer eine gewisse Gefahr für den Patienten bedeuten, so kann man natürlich dem Patienten zu dem Eingriff nur raten, wenn ein Erfolg mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist. Die chirurgische Behandlung, zu der man sich am leichtesten entschließen wird, ist, der Kollaps durch künstlichen Pneumothorax, ein in geübter Hand ungefährlicher Eingriff. Verf. hat in 7 Jahren bei einem großen Material keinen einzigen Zwischenfall gesehen. Der künstliche Pneumothorax kommt natürlich nur für im wesentlichen einseitige Fälle in Betracht. Die Indikation zur Einleitung dieser Behandlungsmethode sowie die Dauer des Kollapses, Verlauf und Behandlung event. eintretender Komplikationen kann nur der interne Mediziner beurteilen, der sich deshalb auch der kleinen technischen Mühe der Anlage und der Nachfüllungen unterziehen muß. Die therapeutische Wirkung des Lungenkollapses beruht bekanntlich auf 3 Faktoren:

1. Entspannung und Ruhigstellung der Lunge, dadurch kommt es zu einer Blut- und Lymphstauung. Die resorbierten Toxine und Bakterien gelangen nur noch in geringer Menge in den Körper, sie verbleiben an der Resorptionsstelle und bewirken eine örtliche Reaktion.

2. Wirkung auf die Entleerung des Sputums. In einer ruhiggestellten Kollapslung ist das Lungenparenchym zusammengefallen, es kommt zu einer Verkleinerung der Hohlräume und damit Verminderung des Auswurfs. Sekretstauung und Zersetzung werden beseitigt, Aspiration in gesunde Abschnitte ist verhindert.

3. Eine in den erkrankten Teilen vorhandene Schrumpftendenz wird begünstigt.

Die Anwendung der Pneumothoraxtherapie bei Bronchiektasien ist begründet durch die Faktoren 2 und 3. Denn gerade die großen putriden Sputummengen bilden die häufigste Indikation zum chirurgischen Vorgehen. Daneben sprechen mit die gelegentlich auftretenden Blutungen, Aspirationspneumonien, Störungen des All-

gemeinbefindens und starker Hustenreiz. Die Lungenkollapsbehandlung der Bronchiektasien ist schon von verschiedenen Autoren in Anwendung gebracht worden, Brauer, Gerhardt, Königer, Ad. Schmidt, Volhard, Zinn, die mehr oder minder günstigen Einfluß durch die Behandlung gesehen haben. Bei seinen eigenen Fällen hat Verf. die Punktionsmethode angewandt und nicht mit Stickstoff, sondern mit atmosphärischer Luft gefüllt. Anfangs mußte häufiger nachgefüllt werden, als bei den gleichzeitig mit Stickstoff behandelten Lungentuberkulösen. Später war ein Unterschied in der Resorption nicht erkennbar. Die Infektionsgefahr durch Luftkeime ist gleich Null. In einem Falle wurde die Behandlung abgebrochen, da nur ein kleiner partieller Pneumothorax zustande kam. Die Pleuraadhäsionen waren zu fest und ausgedehnt. In einem anderen Falle gelang es nicht, einen freien Pleuraspalt zu finden. Die Fälle 1, 2 und 5 sind sehr günstig beeinflußt worden, man kann bei ihnen von Heilung sprechen. Diese Heilung war von Dauer, wie eine spätere Nachuntersuchung ergeben hat. Der günstige Einfluß der Pneumothoraxbehandlung auf diese Fälle ist wohl dem Umstande, daß diese Erkrankungen relativ frisch waren, zuzuschreiben. Der Fall 4 war zu alt, die Bronchien durch peribronchitische Entzündungen wohl zu starr, als daß sie hätten gut kollabieren können. In Fall 3 verhinderte die Lokalisation der Bronchiektasien am Hilus einen völligen Kollaps. Die Pneumothoraxtherapie ist — *lege artis* ausgeführt — ungefährlich, ihre Anwendung in vielen Fällen von Bronchiektasien von günstigem Einfluß und deshalb beim Versagen interner und klimatischer Behandlung zu empfehlen. Da ältere Erkrankungen schwerer einflußbar sind, sollte man die Kollaps-therapie möglichst frühzeitig anwenden, besonders bei sozial schlechter gestellten Patienten, die einen längeren Aufenthalt in einem Kurorte nicht durchführen können.

(B. kl. W. 1919 Nr. 22.)

Ueber primäre Naht nicht aseptischer Wunden. Von Prof. K. Vogel (Dortmund). Verf. hat in letzter Zeit immer mehr auch bei nichtaseptischen Höhlenwunden von der primären Naht Gebrauch gemacht und möchte das hier noch besonders zur Nachahmung empfehlen. Verf. hatte gerade in den letzten Monaten recht viel Fälle von tuberkulöser Rippenkaries zu behandeln und ist so vorgegangen, daß er nach Entfernung des kranken Rippentiles die dem Abszeß benachbarten Weichteile teils mit dem Messer entfernte, teils auch nur das Kranke gründlich mit dem scharfen Löffel abschabte. Dann wurde die Wundhöhle mit 5% iger Jodtinktur gründlich ausgewaschen und, event. in mehreren Schichten,

zugenäht. Ein kleines Knopfloch in der Hautnaht wurde mit Guttapercha bedeckt. Von 14 derartig behandelten Fällen sind 13 primär geheilt, trotzdem die Tuberkulose in 3 Fällen, die sämtlich heilten, den Knorpel ergriffen hatte, dessen Wunden bei der früheren offenen Behandlung bekanntlich nur sehr schlecht zum Schluß kommen. Diese Erfahrung hat Verf. veranlaßt, auch in anderen Fällen von Knochenkaries, so am Radius, am Trochanter major und am Darmbein, dieselbe Methode anzuwenden, fast immer mit Erfolg. Die Jodtinktur ist auch hier ein unschätzbares Desinfiziens; Schäden hat er nie von ihr gesehen. Den Tampon verwendet Verf. nur noch vorübergehend zur Blutstillung, bei infizierten Wunden tränkt er auch ihn mit Jodtinktur. Bier hat wohl zuerst und seit Jahrzehnten immer wieder gegen den Tampon Front gemacht; heute sind seine Anschauungen über denselben wohl allgemein anerkannt. (Zbl. f. Chir. 1919 Nr. 39.)

Einfachster Verband bei Fingerfrakturen. Von Geh. San.-Rat Dr. Rheins (Neuß). Die beste Schiene, Volar- oder Seitenschiene für gebrochene Finger, namentlich bei einem isolierten, komplizierten Bruch, besteht aus 2 Schwefelhölzchen (angebrannt, um chemische Einflüsse fernzuhalten), die mit Watte umwickelt und mit Stärkebinde befestigt werden. Diese Methode leistete Verf. jüngst bei einem komplizierten Bruche des Zeigefingerendgliedes, das nahezu abgetrennt war, vortreffliche Dienste, weshalb er die Nachprüfung dieser einfachsten Fingerverbandmethode sehr empfehlen kann. (M. Kl. 1919 Nr. 42.)

Ersparnis von Chloräthyl. Von Dr. K. Weigert (Sonthofen). Bei örtlicher Betäubung mit Chloräthyl gefriert die Haut viel schneller, und man braucht kaum die Hälfte des sonst benötigten Chloräthyls, wenn man die Verdunstungskälte dadurch steigert, daß man den Luftstrom eines kräftigen Gebläses, z. B. eines Politzerballs, gleichzeitig mit dem Chloräthylstrahl auf die Haut richtet. Das öfters empfohlene und geübte Anblasen mit dem Munde ist unschön, wirkt schwächer, auch läßt sich dabei das Einatmen von Chloräthylämpfen nicht ganz vermeiden. (D. m. W. 1919 Nr. 44.)

b) Innere Krankheiten.

Ueber die Wirkung von Methylenblau bei Malaria quartana. Von Prof. Dr. Martin Meyer (Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg). Methylenblau in Tagesgaben von 5 mal 0,2 g und fortlaufend wie bei der üblichen Nachtschen

Chininkur gegeben, war bei 3 Fällen von Malaria quartana von prompter Wirkung auf Fieber und Parasiten.

An der spezifischen Wirkung des Methylenblaus bei Malaria quartana ist daher nicht mehr zu zweifeln.

(D. m. W. 1919 Nr. 38.)

Eukupin bei der Behandlung der Grippe sowie des akuten Gelenkrheumatismus anzuwenden empfiehlt Dr. Fritz Rosenfeld (Stuttgart). Zu dem Eukupin führte Verf. folgende Ueberlegung. In der Grippeepidemie des Sommers 1918 hatte er Blut und Harn von zahlreichen Kranken bakteriologisch untersuchen lassen, ohne ein Resultat zu erhalten, das für eine Streptokokken-erkrankung beweisend schien. Dagegen ließen sich aus dem Blute in vielen Fällen Streptokokken züchten, wenn es erst zu einer Lokalisation des Krankheitsprozesses gekommen war. Auch das Ergebnis der Empyempunktatuntersuchungen sprach für eine Superinfektion. Nach Verfs. Auffassung mußte diese Superinfektion in irgendeinem Zeitpunkte sich zu der Grippeinfektion hinzuaddieren, dem Krankheitsbilde den schweren Charakter verleihen. Diese Superinfektion suchte Verf. einesteils zu vermeiden durch Abhalten von jeder Erkältungsmöglichkeit, andernteils sie zu bekämpfen durch Eukupin. Sein Urteil über die Wirkung des Eukupins lautet günstig. Es gelang in der überragenden Zahl der Fälle, die Pneumonie zu verhüten, der beginnenden Pneumonie aber wenigstens den gefährlichen Charakter zu nehmen. Verf. verordnete 3 mal täglich 0,5 g Eucupinum basicum in Oblaten 3—4 Tage lang. Das Mittel wurde immer gut vertragen. Ähnliche Ueberlegungen bewogen Verf., im Laufe des Jahres 1918 Eukupin auch bei dem akuten Gelenkrheumatismus anzuwenden. Auch bei dieser Krankheit hatte er an einem großen Material nachweisen können, daß Blut- und Gelenkflüssigkeiten der Erkrankten in den ersten Tagen stets so gut wie frei von Streptokokken sind, während die gleichzeitige Untersuchung des Mandelabstrichs oft Streptokokken nachweisen ließ. Dagegen gelang es in einzelnen Fällen, wenn erst das Endokard ergriffen war, aus dem Blute Streptokokken zu züchten. Ob es in diesen Fällen sich um das Bild des akuten Gelenkrheumatismus gehandelt haben mag oder um Fälle von Sepsis mit besonders ausgeprägten Gelenkerscheinungen, soll in diesem Zusammenhange nicht diskutiert werden. Tatsache ist, daß Verf. bei neun an akutem Gelenkrheumatismus Erkrankten Eukupin anwandte, um eine Streptokokkeninfektion zu verhüten. Als Beispiel führt Verf. den Dragoner Sch. an, der am 4. März 1918 unter dem typischen Bilde des akuten Gelenkrheumatismus, linkes Kniegelenk gerötet und geschwollen mit deutlichem Erguß,

rechtes Fußgelenk gerötet und geschwollen, mit einer Temperatur von 39° aufgenommen wurde. Bis zum 6. März waren beide Hüftgelenke befallen, Temperatur 40°. Am 6. März wurde mit Eukupin 3mal täglich 0,5 begonnen. Temperatur: 5.—7. März mittags über 39°, abends über 40°; am 8. und 9. März mittags und abends über 39°, 10. März 39°, abends 38,6° (Eukupin ausgesetzt); 11. März mittags 38,5°, abends 38,2°. In einem 2. Falle, der einen sehr schwerkranken Eindruck machte, hat Verf. zusammen mit 0,5 g Eukupin je 1,0 g Natrium salicylicum gegeben, 3mal täglich. Der Erfolg war überraschend. Ähnlich verlief noch eine Reihe von Fällen, die mit Eukupin behandelt wurden und alle gleichsinnig wie die eben erwähnten ausgingen. Bei 3 Fällen, die von vornherein einen sehr schweren Eindruck machten, wandte Verf. neben Eukupin noch Natrium salicylicum in der geringen Dosis von 3,0 g pro Tag an, bei den anderen nur Eukupin. Alle 3 Fälle begannen sehr schwer. Das Fieber fiel bei den reinen Eukupinfällen lytisch ab. In keinem einzigen Falle zeigte sich die geringste Veränderung am Herzen. Es kam auch, nachdem das Fieber gefallen war, zu keinem Rezidiv. Die Beobachtungszeit betrug in keinem Falle weniger als 3 Wochen.

(D. m. W. 1919 Nr. 31.)

Ueber medikamentöse Therapie der Lungentuberkulose im Kindesalter sagt Oberarzt Dr. Kurt Klare (Scheidegg i. Allgäu): „Von den eigentlichen Medikamenten gegen die Tuberkulose galten die Kreosotpräparate lange Zeit geradezu als ein Spezifikum, die außer anderen günstigen Einwirkungen besonders anregend auf den Appetit einwirken sollten. Im Kindesalter möchte ich indessen von der Anwendung dieses Mittels abraten, das im Verlauf der Jahre in den verschiedensten Formen und Zusammensetzungen hergestellt und auch den Kindern leidlich mundgerecht gemacht wurde. Die Appetitlosigkeit können wir ebensogut mit Tinctura Chinae oder Condurango

Rp. Tct. ferri pomatae 5,0,
Tct. nucis vomicae 1,0,
Tct. Chinae compositae 20,0.

D. S. 10 Tropfen auf 1 Löffel Zuckerwasser 10 Minuten vor der Mahlzeit

oder Rp. Decoct. Cort. Condurang. 10 : 180,
Sirup. Cort. Aurant. 20.

D. S. 3mal täglich 1 Kinderlöffel vor dem Essen beheben, ohne dabei die Gefahr einer Nierenreizung, wie man sie zuweilen bei längerer Kreosotmedikation sieht, befürchten zu müssen. Zur Beeinflussung der gewöhnlich im Beginn der Er-

krankung vorhandenen Blutarmut kommen die Arsen- und Eisenpräparate in Frage, die Dürkheimer Maxquelle sei hier an erster Stelle von den natürlichen Quellen genannt, oder man gibt die von Backmeister empfohlene Eisenarsenverbindung:

Rp. Liquor. Fowleri,
Tct. ferri pomat. aa 7,5,
oder Liquor Kal. arsenicos.,
Tct. ferri pomat.,
Tct. Chinae.

D. S. 3 mal 10 Tropfen nach dem Essen,
die sich bei mir in der Kinderpraxis recht gut bewährt hat. Husten werden wir zunächst mit den einfachsten Mitteln zu bekämpfen suchen, ehe wir im Kindesalter zu Narkoticis greifen. Abends ein Brustwickel wirkt gerade bei Kindern oft überraschend, auch heiße Getränke mit Zusatz von Emser-Salz tun gute Dienste. Weiter seien genannt die Mixtura solvens nach den Berliner Magistralformeln, Liquor ammonii anis. in der Form

Rp. Liq. ammon. anis. 1,5,
Aqu. destill.,
Syrup. Althaeae aa 30,0.

M. D. S. 1—2 stündlich 1 Teelöffel
und das Dowersche Pulver. Von den Narkoticis sollte man sich das Morphinum

Rp. Morphini hydrochlor. 0,02,
Sirup. Althaeae 10,0,
Aqu. 1000,0.
Teelöffelweise

für aussichtslose Fälle aufsparen, bei leichteren und mittelschweren Fällen kommen wir immer mit dem Kodein, Parakodin und Toramin aus. Das Fieber versuche man auch bei der Lungentuberkulose im Kindesalter zunächst durch Bettruhe und hydriatische Prozeduren zu beeinflussen, ehe wir zur inneren Medikation übergehen. In neuerer Zeit gibt man die Antipyretika gerne in Kombinationen, wobei man bei der Vereinigung kleinerer Mengen sehr gute Erfolge erzielt. Pyramidon in der Verbindung mit Aspirin oder Diplosal hat sich besonders gut bewährt:

Rp. Pyramidon 1,0,
Aspirin 2,5,
Aqu. dest. 200,0.

D. S. 2 stündlich 1 Kinderlöffel.

Gegen Nachtschweiß sind Abreibungen mit Essigwasser und nachfolgendem Einpudern mit Salizylpuder oder Vasenolpuder zu empfehlen. Bei Brustschmerzen bewähren sich Einreibungen mit Jothionsalbe im allgemeinen besser als der Jodanstrich.

Rp. Jothion 3,0
Vaselin,
Lanolin aa 15,0,

M. f. unguent., S. z. einreiben.

Für die Durchfälle kommen in erster Linie die Tanninpräparate in Frage: Tannin, Tannalbin, Optannin. Ausgezeichnete Dienste leistet auch im Kindesalter Bolus alba, von dem man 100—200 g in Wasser zu einem Brei verrührt nehmen läßt, wenn möglich mit Kakao oder Schokoladenpulverzusatz. In Fällen ausgesprochener Darmtuberkulose empfiehlt es sich, Dermatol zu geben:

Rp. Dermatol,
Sacch. alb. aa 0,05,
D. T. dos. 30.

D. S. 2 mal täglich 1 Pulver in Oblaten.

Die kurze Uebersicht über die Therapie der kindlichen Lungentuberkulose kann ich nicht schließen, ohne auch die spezifische Therapie erwähnt zu haben. Die Ansichten, ob man im Kindesalter spezifisch behandeln soll, sind geteilt, die einen sind begeisterte Anhänger des Tuberkulins, die anderen scharfe Gegner. Der Praktiker wird in Fällen, wo es sich darum handelt, zur Unterstützung der Allgemein-Therapie eine Tuberkulinkur einzuleiten, den Fachkollegen zuziehen. Hier sei nur so viel gesagt, daß die Zahl der Therapeuten, die im Tuberkulin das Heilmittel gegen Tuberkulose erblicken, in den letzten Jahren sehr abgenommen hat. Ich selbst habe in den letzten 3 Jahren sowohl bei der Tuberkulose des Erwachsenen als auch des Kindes ausschließlich mit den Partigenen Deycke-Much gearbeitet und bin mit den bisherigen Erfolgen, die allerdings zu einem abschließenden Urteil noch nicht ausreichen, recht zufrieden. Die Partigenebehandlung empfiehlt sich besonders bei chronischen Prozessen, nicht bei den Lungenaffektionen kleiner Kinder und bei intensiven Allgemeinerscheinungen. Bei einseitiger Lungenerkrankung wenden wir jetzt häufig die Stickstoffeinblasung (Pneumothorax) an. Wenn auch die Durchführung dieser Therapie dem Facharzt vorbehalten bleiben wird, so kommen doch für den Praktiker die Indikationen für die Anlegung des künstlichen Pneumothorax im Kindesalter in Frage. In dem kürzlich erschienenen Werk „Beiträge zur Lungentuberkulose im Kindesalter“ von Klare-Harms gibt Harms folgende Leitsätze für die Pneumothoraxtherapie im Kindesalter:

1. In der Wirkung der Pneumothoraxtherapie besteht bei Erwachsenen und Kindern kein prinzipieller Unterschied, dagegen weicht
2. die Indikationsstellung der Luftbehandlung bei Kindern von der bei Erwachsenen ab. In Anbetracht der an sich un-

günstigeren Prognose der kindlichen Lungentuberkulose ist die frühzeitige Anlegung schon bei beginnenden Prozessen im Gegensatz zur Tuberkulose bei Erwachsenen durchaus gerechtfertigt.

3. Die Prognose der Pneumothoraxtherapie im Kindesalter ist analog den Verhältnissen bei Erwachsenen neben der Ausdehnung der Prozesse abhängig von dem anatomisch-pathologischen Charakter der Erkrankung. Am günstigsten sind die mit Fibrose einhergehenden, am ungünstigsten die pneumonisch-ulzerösen Prozesse.

4. Während die fibrösen Prozesse zur klinischen und anatomischen Heilung führen können, ist bei den letzten Formen nur ein symptomatischer Erfolg erreichbar.

5. Die Behandlungsdauer richtet sich ebenfalls nach dem anatomisch-pathologischen Grundcharakter der Erkrankung, gutartige Prozesse können in einer Behandlungszeit von 1—2 Jahren — allmähliche Entfaltung der Lunge unter Kontrolle des Röntgenogrammes nötig! — zur Ausheilung gelangen, während Einschmelzungsherde je nach Ausdehnung mehrerer Jahre unter Kompressionswirkung zu halten sind.

6. Vorzeitige Entfaltung der erkrankten Lunge bei den maligneren Formen ist wegen der Möglichkeit rascherer Propagierung der Prozesse unter allen Umständen zu vermeiden.

7. Exsudate resp. ihr Uebergang in Empyeme sind nur bei den maligneren Formen eine unangenehme Komplikation der Luftbehandlung.

8. Besondere, dem Kindesalter eigentümliche technische Schwierigkeiten bei Durchführung der Luftbehandlung bestehen nicht, immerhin kann bei ganz unvernünftigen Kindern namentlich bei der Anlegung des Pneumothorax eine kurze Narkose notwendig werden.

9. Zur Erkennung beginnender Tuberkulose im Kindesalter und frühzeitigen Auswahl für Einleitung der Pneumothoraxtherapie sind in Verbindung mit den Schulärzten die fachärztlich geleiteten Lungenfürsorgestellen berufen“. (Aerztl. Rdsch. 1919 Nr. 21.)

Ueber Diphtherie bei Säuglingen. Von Dr. J. L. Broer (Aus der Hess. Hebammenlehranstalt in Mainz). Durch den positiven Befund eines 1 Tag alten Kindes fand Verf. die Annahmen Kirstein's u. a. bestätigt, daß sich die Kinder dadurch infizieren können, daß sie beim Durchtritt durch die mütterliche Scheide aus dieser Diphtheriebazillen aufnehmen. Verf. untersuchte darauf hin die Vaginalsekrete aller Hausschwangeren und fand bei nicht weniger als 7 unter 30 Untersuchten echte Diphtheriebazillen. Die Untersuchungen werden jetzt fortgesetzt, und es wird von

jeder Schwangeren bei der Aufnahme ein Abstrich gemacht. Alle, bei denen der Befund positiv ist, werden mit systematischen Milchsäurespülungen behandelt, wodurch die pathogenen Keime — nicht allein die Diphtheriebazillen — nach kurzer Behandlungsdauer abgetötet werden. Nachdem Verf. durch die Untersuchungen den auch von anderen gefundenen Modus der Ansteckung bestätigt fand, sah er zugleich, daß es unmöglich ist, sich die Diphtherie ganz aus dem Hause zu halten, selbst wenn man von den durch Bazillen auf der Nasen- und Rachenschleimhaut möglichen Infektionen absieht. Kommt doch eine Anzahl Frauen intra partum in die Anstalt, bei denen eine Vorbehandlung eben nicht mehr möglich ist. Und ob man auch nach intensiver Vorbehandlung der Scheide wirklich alle in den Schleimhautfalten liegenden Keime abtötet, ist ungewiß, und Verf. sieht den negativen Befund nach der Behandlung nicht als Beweis für das Freisein von Diphtherie an, aber wohl als Beleg dafür, daß die Zahl der Diphtheriebazillen wesentlich abnimmt. Verf. hat eine Zeitlang alle Kinder gleich nach der Geburt mit 500 I. E. immunisiert, aber er konnte die Versuche nicht fortsetzen, da das Serum beschlagnahmt wurde. Der Einwurf von verschiedenen Seiten, daß die Kinder bei eventuellen späteren Immunisierungen starke anaphylaktische Erscheinungen hätten, schien dadurch widerlegt, daß Hübner über 20 Jahre lang in seiner Klinik die Kinder alle 4 Wochen mit Serum prophylaktisch behandelt hat. v. Pirquet hat ähnliche Erfahrungen gemacht, und wenn er auch später stärkere Reaktionen, die ein mäßig starkes Krankheitsbild hervorriefen, sah, so weiß er von wirklich ernsten Erkrankungen oder gar Todesfällen nicht zu berichten. Kinder, deren Mütter Diphtheriebazillenträgerinnen sind, bekommen, wenn die Mutter Antitoxin im Blute hat, dieses durch die Milch einverleibt. Daß wirklich durch die Milch Antitoxin abgegeben wird, haben u. a. Ehrlich und Brieger nachgewiesen, die es auch aus derselben hergestellt haben. Bei der Behandlung der Kinder hat Verf. die mit positivem Befund und die Kinder mit einseitigem Nasensekret auf gleiche Stufe gestellt, auch wenn bei den letzteren keine Bazillen gefunden wurden, denn der negative Ausfall der Untersuchung beweist nicht, daß die ganze Nasen-Rachenschleimhaut frei ist. Graham und Smith haben bei 30 000 klinisch feststehenden Diphtheriefällen nur in 71 % Bazillen gefunden. Die Neugeborenen behandelte Verf. mit Injektionen von Behringschem Serum bis zu 3000 Einheiten und lokal mit Antistaphen oder Natr. sozodol. Wenn trotz der energischen Behandlung die Kinder teilweise recht schwer erkrankten, so dürfte das daran liegen, daß man es hier in Mainz mit besonders pathogenen Stämmen zu tun hat, denn

es sind auch die Erkrankungen größerer Kinder in der Stadt und im Krankenhaus oft ganz besonders bösartig.

(Zbl. f. Gyn. 1919 Nr. 37.)

Die Behandlung der multiplen Sklerose mit Silbersalvarsan-Natrium. Von Dr. Fritz Kalberlah (Aus der Frankfurter Nervenheilanstalt Hohe-Mark). Selbst bei vorsichtigster und kritischster Betrachtung der behandelten Fälle kann man einen günstigen Einfluß des Mittels auf den Verlauf der multiplen Sklerose und die Intensität der Krankheitssymptome nicht bezweifeln. In ganz frischen Fällen gelang es sogar, eine ganze Reihe von motorischen und sensiblen Ausfallserscheinungen zum Verschwinden zu bringen und eine wenigstens vorläufige Heilung, bezw. eine fast an Heilung grenzende, sehr weitgehende Besserung herbeizuführen, während in den älteren Fällen besonders die spastisch-paretischen Erscheinungen von seiten der Beine und die Ataxie erheblich gebessert wurden, so daß die Gehfähigkeit deutlich an Sicherheit und Ausdauer zunahm. Die Störungen von seiten der Reflexe (Fehlen der Bauchdeckenreflexe, Babinski usw.) blieben dagegen unbeeinflusst, ebenso in den meisten Fällen die Blasen-schwäche. Kein nennenswerter Erfolg wurde mehr erzielt bei den alten Fällen, in denen der Beginn schon viele Jahre zurücklag und die ausgesprochen chronisch verlaufen waren, besonders wenn sich psychische Anomalien (Demenz mit Euphorie) und Sprachstörungen eingestellt hatten. Die Schädigungen von seiten des Nervus opticus zeigten natürlich keine Aenderung, wenn schon Atrophie eingetreten war. In einem Fall schritt sogar die Erblindung rapide weiter fort, während in einem ganz akuten Fall ein großes Skotom und die Amblyopie völlig zum Verschwinden kamen, wobei Verf. allerdings ausdrücklich auf die äußerst flüchtige Natur dieser Augenstörungen hingewiesen haben möchte. Ueberhaupt soll man bei der Verwertung von Heilerfolgen bei der multiplen Sklerose sehr vorsichtig und zurückhaltend sein, weil gerade bei diesem eigensinnigen Leiden unerwartete Remissionen und Schwankungen sehr häufig sind und besonders die Gangstörungen oft eine eigenartige suggestive Beeinflußbarkeit zeigen. Der günstige Einfluß der Bettruhe und guten Anstaltspflege, der ja bei dieser Erkrankung hinlänglich bekannt ist, scheidet allerdings bei mehreren der Fälle aus, wo die Behandlung ambulant in der Sprechstunde stattfand. Fast immer wurde Silbersalvarsan gut vertragen, und der Allgemeinzustand besserte sich, was wohl hauptsächlich der roborierenden Wirkung der kleinen Argentum- und Arsendosen zu verdanken war. Sollte sich die neuerdings wieder von verschiedenen Seiten ausgesprochene Ver-

mutung von der infektiösen Natur der multiplen Sklerose bestätigen, besonders wenn sich zeigen sollte, daß es sich dabei um eine Spirillose ähnlich der Lues handelt, dann würden wir vielleicht in dem Silbersalvarsannatrium ein ähnlich spezifisch wirkendes Mittel vor uns haben, wie in dem Salvarsan bei der Syphilis. Es würde dann unsere weitere Aufgabe sein, ähnlich wie das für die Tabes und Paralyse gilt, dem Heilmittel irgendwie durch geeignete Maßnahmen den Weg zu den Krankheitsherden zu bahnen, falls wir nicht gerade Gelegenheit haben, das Leiden in seinem Beginn zu behandeln, in dem die Erreger vielleicht noch in der Blutbahn oder doch in deren nächster Umgebung leicht angreifbar sich befinden. (M. Kl. 1919 Nr. 32.)

Die intrakardiale Injektion zur Bekämpfung der Asphyxia pallida der Neugeborenen. Von Dr. E. Vogt. Wenn es Verf. auch bisher nur gelungen ist, das Herz höchstens für die Dauer von 1 bis 2 Stunden in Gang zu bringen, so hält er doch auf Grund der praktischen Erfahrungen mit der intrakardialen Injektion bei Erwachsenen die Methode für indiziert in allen Fällen der schwersten Form des weißen Scheintodes, bei der das Herz nur schwach, irregulär arbeitet oder auch manchmal einige Zeit stillsteht. Die Injektion muß nur möglichst frühzeitig gemacht werden nach dem Freimachen der Luftwege, im Verlaufe der künstlichen Atmung. Das ist auch praktisch möglich, weil keine weiteren Vorbereitungen zur Injektion nötig sind und die Technik gerade beim Neugeborenen einfach ist. Eine gewöhnliche Rekordspritze von 1 bis 2 ccm mit feiner Injektionsnadel genügt. Bei der Wahl des Ortes der Injektion muß man nur die eigentümliche Lage des Herzens der Neugeborenen berücksichtigen. Das kugelförmige Herz liegt quer infolge des relativ hohen Zwerchfellstandes. Man injiziert im oberen Winkel des vierten linken Interkostalraumes, dicht am Sternalrand; dann kommt man in den rechten Ventrikel. Die Haut wird vorher mit Aether abgerieben. Dadurch, daß man sich möglichst dicht an den Sternalrand hält, vermeidet man auch eine Verletzung der A. mammaria interna mit ihren Begleitvenen. Hat man mit der Nadelspitze die Wand des rechten Ventrikels erreicht, so merkt man das daran, daß durch den mechanischen Reiz des Stiches das Herz sofort wieder arbeitet und starke, pendelartige Bewegungen der Nadel auslöst. Führt man jetzt die Nadel weiter Millimeter für Millimeter vor, so fühlt man nach Ueberwinden der Ventrikelwand ein Nachlassen des Widerstandes, und gleichzeitig zeigt sich nach Abnahme der Spritze im Pavillon der Nadel dunkles Blut. Durch das Eingehen im vierten Interkostalraume bleibt man mehr an der Herz-

basis und wird nicht durch zu starke, störende Bewegungen der Nadel gestört. Die Ausschläge der Nadel und das Auf- und Abwandern des Blutspiegels bilden einen Maßstab für die Höhe der Reizschwelle und die Größe der Herzkraft. Hat man auf diese Weise mit Sicherheit nachgewiesen, daß die Nadelspitze im Hohlraume des rechten Ventrikels sich befindet, erst dann wird langsam injiziert, und zwar 0,5 physiologische Kochsalzlösung mit 8—10 Tropfen Suprarenin oder 0,2—0,4 Hypophysin, oder auch einmal 0,3 ccm Digipurat. Von der Verwendung von Strophanthin rät Verf. ab. Schädliche Folgen oder Nebenverletzungen wurden bei der Obduktion niemals beobachtet. Die feine Einstichstelle war meist nur im Epikard nachweisbar. Sollte es bei einem wiederbelebten Neugeborenen nach Stunden oder Tagen wieder zur Asphyxie kommen, so würde Verf. auch die intrakardiale Injektion als *Ultimum refugium* empfehlen, wie bei Bronchitis capillaris, bei Debilitas vitae der Frühgeburten und bei allen Erkrankungen, bei welchen die akute, absolute Herzschwäche im Vordergrund steht. Bei dieser Gelegenheit möchte Verf. noch auf ein weiteres medikamentöses Hilfsmittel bei der Bekämpfung der Asphyxie hinweisen, das er in den Lehrbüchern der Geburtshilfe und Kinderheilkunde nirgends erwähnt findet. Ist das Herz durch intrakardiale Injektion angeregt und gekräftigt, sind die Luftwege frei und die künstliche Atmung im Gange, zeigt sich eine beginnende Rotfärbung der Haut, so injiziert man intramuskulär 1 oder 2 ccm Koffein. Damit werden die Gefäßgebiete im Bereiche des Splanchnikus zur Kontraktion gebracht. Das Blut strömt in vermehrter Menge dem rechten Herzen zu und verbessert somit die Herzarbeit. Gleichzeitig werden die Herzgefäße selbst erweitert. Die reizende Wirkung auf das Atemzentrum sowie die Anregung der Großhirnfunktionen sind weitere günstige Eigenschaften des Koffeins. (D. m. W. 1919 Nr. 32.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ueber Zibosal (borylsalizylsaures Zink). Von Dr. Heise (Berlin). In seiner Praxis bedient Verf. sich des Mittels häufig bei Gonorrhoe, Urethritis, Leukorrhoe, bei Wunden (auch septischen), sowie Ekzemen, die er teils mit Zibosallösung, teils mit dem 5 %igen sterilen Zibosalbolus (Originalpräparat derselben Provenienz) behandelt: Die Anwendung ist denkbar einfach; z. B.: bei Gonorrhoe und Urethritis: lauwarme Einspritzungen mit 0,5 bis 1 %igen Lösungen dreimal täglich je zwei bis drei Spritzen hintereinander. Die Lösung muß jedesmal zwei bis drei Minuten in der Harnröhre bleiben. Die Sekretion sinkt gewöhnlich rasch auf ein Minimum und hört meist nach ca. 14 Tagen ganz auf. Dann

wird noch 8—10 Tage weiter gespritzt. Nach 3—4 Wochen Heilung, bis jetzt stets ohne Rezidiv. Diese Behandlung wurde auch in Fällen mit starker Entzündung und reichlichem Ausfluß stets gut ertragen. Strikturen kamen nicht vor. Bei Fluor albus: Ausspülungen mit lauwärmer Lösung 4—10:1000 und nachheriges Auspudern mit 5%igem sterilen Zibosalbolus oder bei starkem Foetor Ausspülen mit Aufschwemmungen von ein bis fünf Eßlöffel dieses Boluspräparates. Rasches Nachlassen und Geruchloswerden des Ausflusses, der meist schon nach kurzer Behandlung ganz verschwindet. Bei Wunden, Brandwunden, Panaritien, Ekzemen: Behandeln mit $\frac{1}{4}$ —1%igen Lösungen oder feuchte oder trockene Anwendung von Zibosalbolus je nach Fall oder auch 1—5%ige Salben oder Pasten gab wiederholt ganz auffallend rasche Erfolge. Aus den Versuchen geht hervor, daß das Zibosal rasch und gut bakterizid wirkt, aber ohne zu ätzen, und stets gut ertragen wird. Seine sekretionshemmende, epithelisierende und desodorisierende Wirkung ist besonders ausgeprägt und bedingt seine hervorragende Verwendbarkeit bei Erkrankungen des Urogenitalsystems und in der Chirurgie. In allen Fällen bedeutet seine Anwendung eine wesentliche Abkürzung der Kurdauer, wobei die rasche Behebung auch der subjektiven Beschwerden immer dankbar empfunden wird. Nebenbei bemerkt sind seine Lösungen farb- und geruchlos und hinterlassen keine Flecke auf Instrumenten und Wäsche. Auf Grund seiner Erfahrungen kann Verf. Versuche mit Zibosal sowohl als auch mit dem sterilen Zibosalbolus, den Verf. teils als Streupuder, teils in abgekochtem Wasser aufgeschwemmt zu Spülungen, teils mit Wasser zur Paste verrührt zum Auftragen oder Auflegen vielseitig verwendet, nur empfehlen. (M. Kl. 1919 Nr. 36.)

Staphar (= Mast-Staphylokokken-Einheitsvakzine) hat Prof. Dr. A. Strubell (Dresden) mit bestem Erfolge bei Furunkeln und Acne vulgaris angewandt. (D. m. W. 1919 Nr. 38.)

Lokale Behandlung mit konzentrierter Höhensonne. Von Dr. Vollbrandt-Freiburg i. Br. Die Erwägung, daß natürliche Höhensonne durch eine Sammellinse lokal appliziert eine intensivere Wirkung haben müßte, veranlaßte Verf. in diesem Sommer einen Leichentuberkel, den er sich vor etwa 2 Jahren an einem Finger zugezogen hatte, und der durch Radium- und Röntgenbestrahlung nicht weichen wollte, in einer Höhe von etwa 900 m mit natürlicher Sonne durch eine Sammellinse bis zur Schwelle einer Schmerzempfindung einige Male zu bestrahlen. Der Erfolg war verblüffend. Es trat in kurzer Zeit Heilung ein. (M. m. W. 1919 Nr. 40.)

Die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsannatrium. Von Prof. Dr. J. H. Rille und Priv.-Doz. Dr. R. Frühwald (Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig). Zusammenfassend kann über Silbersalvarsan gesagt werden: Die Einwirkung auf klinische und serologische syphilitische Erscheinungen erfolgt prompt und rascher als bei der üblichen kombinierten Neosalvarsanbehandlung. Der Effekt tritt bei bedeutend geringeren Dosen ein, als bei anderen Salvarsanpräparaten notwendig sind, was um so bedeutungsvoller ist, als das Präparat nur $\frac{2}{3}$ des Arsengehaltes von Altsalvarsan hat. Man bewegt sich daher bei der Silbersalvarsanbehandlung weit unter den toxischen Dosen. Das Mittel wird im allgemeinen gut vertragen; schwere Schädigungen haben Vff. nicht gesehen. (M. m. W. 1919 Nr. 43).

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Alvitol (Chem. Fabrik Max Hahn, Berlin), enthaltend Salizylmethylester, borsäure Tonerde und schwefelsaures Zinkoxyd, hat Dr. L. Levy-Lenz (Berlin) mit sehr gutem Erfolge bei Fluor albus angewandt (3 mal täglich eine warme Spülung mit 3 Tabletten auf 1 Liter Wasser). (Allg. m. Zztg. 1919 Nr. 32.)

Verschiedenes.

Ueber dringliche Gefahren bei der gebräuchlichen ärztlichen Sauerstoffanwendung. Von Dr. Oskar Rosenthal. Im Jahre 1909 hat Verf. auf die Gefahren, die durch Verwechselung der zur Einatmung dienenden Sauerstoffbehälter mit anders gasgefüllten entstehen können, und die Notwendigkeit, das Gas vor Gebrauch durch einen glimmenden Holzspahn zu prüfen, hingewiesen, eine Warnung, die auch in Lehrbücher übergegangen ist. Eine entsetzliche Erfahrung der allerletzten Zeit nötigt Verf., erneut darauf hinzuweisen. Verf. hatte in einer fremden Klinik einen Eingriff wegen Lungentuberkulose ausgeführt; der Zustand der Kranken war überraschend befriedigend, als Verf. sie 9 Stunden nach dem Eingriff auf kurze Zeit verließ. In der 10. Stunde wurde er angerufen, die Atmung sei schlechter, und er ordnete bis zu seinem Eintreffen Sauerstoffatmung an. Als er rasch dort eintraf, erfuhr er, daß die Kranke bei der Einatmung stark zum Erbrechen gereizt worden sei; ihr Zustand bei seinem Eintreffen war hoffnungslos. Der Stahlbehälter, der zur Einatmung gedient hatte, erwies sich als ein Stickstoffbehälter, im übrigen so deutlich bezeichnet, daß der Fabrik keinerlei Schuld trifft, diese vielmehr einzig und allein der betreffenden Schwester bzw. auch dem die Flasche

einspannenden Diener beizumessen ist. Die Anwesenheit des Stickstoffbehälters in der betreffenden Klinik ergab sich aus der dort gebräuchlichen Pneumothoraxbehandlung. Vielleicht kann dies auch dazu beitragen, die Stickstoffanwendung in der Pneumothoraxbehandlung durch die von Luft zu verdrängen.

(M. m. W. 1919 Nr. 41.)

Ueber Bäderbehandlung mit Neptusanpräparaten. Von Dr. Hans Oppenheim (Frauenarzt in Berlin-Steglitz). Die „Chemie und Hygiene“ G. m. b. H., Berlin, hat Verf. ihre „Neptusan“-Badepräparate zur Begutachtung zur Verfügung gestellt; Verf. hat sich dieser Aufgabe um so lieber unterzogen, als er bereits über günstige Erfahrungen mit fremden Badezusätzen, die infolge der Kriegsverhältnisse seit langem nicht mehr erhältlich sind, verfügte. Die Neptusanpräparate werden in Pulverform, also leicht löslich, in den Handel gebracht und sind im Gebrauch als sparsam sowie — im Vergleich mit anderen als Badetabletten oder -essenzen käuflichen Mitteln — billig zu bezeichnen. Sie werden in fünf verschiedenen Formen, je nach Art der gewünschten Wirkung, verfertigt; Verf. kann für ihre Anwendung folgende Richtlinien aufstellen:

1. Das Neptusan-Eichenrindenbad wirkt adstringierend, resorbierend und derivierend und ist besonders bei Unterleibsleiden (Descensus uteri, Hämorrhoiden, parametrischen Exsudaten usw.) sowie rheumatischen Erkrankungen (Ischias, Gicht, Muskelrheismus) zu empfehlen. Es ist als protrahiertes heißes Bad anzuwenden.

2. Das Neptusan-Fichtennadelbad hat eine ausgesprochene tonisierende und sedative Wirkung und empfiehlt sich entsprechend bei nervösen Störungen aller Art (Neurasthenie, Herzneurose, Neuralgien). Es soll kühl sein und kurz dauern.

3. Das Neptusan-Kräuterbad im Gegenteil einen stimulierenden Effekt, wirkt als Exzitans und dürfte als Anregungs- und Erfrischungsmittel, besonders nach größeren Körperanstrengungen, (Rekonvaleszenz nach schwerer Krankheit, Sportleistungen aller Art) geeignet sein.

4. Das Neptusan-Blumenbad ist lediglich ein Kosmetikum von angenehmem und lang anhaftendem Dufte.

5. Das Neptusan-Kinderbad enthält neben anderen Komponenten Chlornatrium in größerer Menge und kommt als unterstützendes Heilmittel bei skrofulöser Diathese, Rachitis sowie Spasmophilie der Kinder in Frage.

Verf. kann nach gewissenhafter Prüfung an einem großen Material die Neptusanpräparate als wirksam und preiswert den Kollegen auf's beste empfehlen.

(M. Kl. 1919 Nr. 39.)

Die zunehmende Schwere der Varizellen. Von Prof. Dr. W. Stoeltzner (Direktor der Universitätsklinik in Halle a. S.). Schon in der letzten Zeit vor dem Kriege fiel Verf. auf, daß die Varizellen anfangen, durchschnittlich schwerer als früher aufzutreten. Dieser Eindruck hat sich seither weiter verstärkt, so daß Verf. es nicht für überflüssig halte, kurz darauf hinzuweisen. Die zunehmende Schwere der Erkrankung äußert sich darin, daß der Ausschlag häufiger als früher sehr reichlich auftritt, daß einzelne Varizellenbläschen nicht selten ein ähnliches Aussehen wie Variola- oder Vakzinepusteln annehmen, und daß entsprechend der stärkeren Entwicklung des Exanthems auch das Fieber und die Störung des Allgemeinbefindens bedeutender ausfallen. Die überlieferte Lehre, daß die Varizellen fast niemals Narben hinterlassen, trifft nicht mehr zu; auch ohne daß der Ausschlag zerkratzt wird, hinterbleiben jetzt ganz gewöhnlich Narben. Ferner hat Verf. kürzlich in einem Falle von Varizellen ein so erhebliches Prodromalfieber gesehen, daß er den Fall bestimmt für variolaverdächtig erklärt haben würde, wenn das Kind nicht kurz vorher mit vollem Erfolg vakziniert worden wäre. In einem anderen Falle sah Verf. an die Varizellen eine Staphylokokkenpyämie mit multiplen subkutanen und intramuskulären Abszessen sich anschließen. In zwei weiteren Fällen wurde eine bis dahin verhältnismäßig günstig verlaufene Tuberkulose durch hinzutretende Varizellen unheilvoll beeinflußt. Das Vorkommen von Varizellen bei Erwachsenen galt bisher als eine außerordentliche Seltenheit. Henoch gibt an, keinen einzigen Fall von Varizellen bei Erwachsenen gesehen zu haben. Verf. hat in den letzten Jahren zwei solche Fälle erlebt; in beiden war allerdings der Ausschlag ziemlich spärlich und der Verlauf leicht. Von praktischer Bedeutung ist, daß die Unterscheidung zwischen Varizellen und Variola schwierig werden kann. Auch tut man gut, die Infektion mit Varizellen nicht als harmlose Kleinigkeit zu betrachten, vielmehr die Kinder auch vor dieser Infektionskrankheit nach Möglichkeit zu bewahren.

(M. m. W. 1919 Nr. 41.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-Rat Dr. Eugen Graetzer** in **Berlin-Friedenau.**

Verlag von **Leopold Voss** in **Leipzig.**

29. Jahrgang

Nr. 5.

Februar 1920

Kasuistisches.

Nebennierentumor und Geschlechtsdrüsenausfall beim Manne. Von A. Bittorf (Aus der medizinischen Universitäts-Poliklinik Breslau). Zwischen Nebennieren und Keimdrüsen bestehen offenbar enge Beziehungen. Schon entwicklungsgeschichtlich entstehen Nebennieren und Keimdrüsen aus nahe aneinanderliegenden Teilen des mesodermalen Keimblattes. Sie behalten auch späterhin diese räumlich nahen Beziehungen, die sich in der Häufigkeit versprengter Nebennieren-(Rinden-)keime entlang dem Wege der wandernden Geschlechtsdrüsen und in den Keimdrüsen selbst äußert. Experimentell ist Nebennierenhypertrophie z. B. nach Entfernung der Eierstöcke bei Hunden erzeugt. Und die physiologischen Nebennierenhypertrophien bei Brunst und in der Schwangerschaft zeigen ebenfalls korrelative Beziehungen an. Umgekehrt hat Verf. zuerst auf das Versagen der Geschlechtsfunktion, frühzeitige Amenorrhoe bei Nebennierenatrophie und Addisonscher Krankheit hingewiesen. Die auffälligsten Tatsachen liefert aber die Kasuistik der Nebennierenhyperplasien bzw. Tumoren. Marchand fand zuerst Hypertrophie der Nebennieren (Rinde) bei Pseudohermaphroditismus femininus. Das ist seitdem vielfach bestätigt. Wie oft diese Kombination besteht, ist allerdings noch nicht festgestellt. Fast ausnahmslos wurden auffallenderweise Nebennierenhypertrophien und Tumoren nur bei Pseudohermaphroditismus femininus gefunden. Beim wachsenden Individuum, und zwar handelt es sich vorwiegend um Mädchen, führen Tumoren der Nebennierenrinde (bzw. Hypernephrome) wiederholt zu prämaturer Körper- und Genitalentwicklung, besonders der sekundären Geschlechtscharaktere, oft zu starker Bartentwicklung bei Mädchen und zu Adipositas, also Erscheinungen ähnlich den Veränderungen bei Zirbeldrüsen- und Keimdrüsen-

tumoren. ·Ausschließlich bei weiblichen Erwachsenen ist in einer Anzahl von Nebennierentumoren Zessieren der Menses, Uterusatrophie, Hypertrichosis nach männlichem Typus (Lineae albae und Bartwuchs) und Fettsucht beobachtet worden. — Es handelt sich um ein jugendliches männliches Individuum mit einer offenbar von der linken Nebenniere (Niere?) ausgehenden großen Geschwulst, Hypernephrom, bei dem gleichzeitig mit bzw. kurz nach Auftreten der ersten Zeichen der beginnenden Geschwulstentwicklung eine Vergrößerung der Brüste, Schwund der Hoden eintrat. Eine leichte Zunahme der Pigmentation entwickelte sich erst in jüngster Zeit. Welche Störung in diesem Falle die primäre ist, ist schwer zu entscheiden. In einer Reihe von Fällen scheinen die zeitlichen Verhältnisse dafür zu sprechen, daß der Nebennierentumor zuerst auftritt, die übrigen Symptome folgen. Jedoch ist damit noch nicht bewiesen, daß auch eine derartige kausale Abhängigkeit besteht. Der Erfolg, der mit der Operation in einem Falle von Bovin erzielt wurde, Wiederauftreten der Menses, Größenzunahme des Uterus, ist nicht sicher verwertbar, da hier der Nebennierentumor im Ovarium saß. Es wurde dieses erkrankte Ovarium entfernt. Es ist vorstellbar, daß damit ein Reflex bzw. chronischer (chemischer) Reiz, der auf das gesunde Ovarium einwirkte, damit schwand. Es ist umgekehrt denkbar, daß hier eine primäre Entwicklungsstörung (Anlageanomalie) vorliegt, die einerseits zur Bildung des Nebennierentumors, andererseits zur Atrophie der Geschlechtsorgane führt. Es gibt doch zahlreiche Hypernephrome (suprarenalen Ursprungs und Rindenzellentypus), bei denen eine Aenderung der Geschlechtscharaktere eben nicht auftritt. Hier läge eine solche pluriglanduläre Insuffizienz dann nicht vor. Die Annahme einer gelegentlichen gleichzeitigen minderwertigen Anlage von Nebennieren und Keimdrüsen durch eine Bildungsanomalie wäre bei ihrer eng aneinander liegenden Entstehungsstätte nicht auffallend. An die bei Hypernephromen gelegentlich beobachteten Addison-Symptome könnte hier die mäßige Pigmentation erinnern, während die geringe Hypertonie wohl auf die Mitbeteiligung der Nieren bezogen werden könnte. Doch ist auch ohne begleitende Nierenerkrankungen von Neußer starke Hypertonie in solchen Fällen gesehen worden.

Nachtrag: Unter zunehmender Metastasenbildung (Leber) und Erscheinungen der Kompression der untern Hohlvene und spät eintretender Kachexie ist inzwischen der Tod erfolgt. Die Sektion bestätigte die klinische Diagnose in allen Einzelheiten: großes, von der linken Nebenniere ausgehendes Hypernephrom (Rindenzellentypus), linke Niere (makroskopisch) nur stark komprimiert.

(B. kl. W. 1919 Nr. 33.)

Gehäufte Fälle von Fazialislähmung in einer Familie.
Von Dr. Otto Simmonds (Aus dem elektrotherapeutischen Institut für nervöse und innere Kranke zu Frankfurt a. M.). Es handelt sich hier um ein fast vereinzelt dastehendes, stark gehäuftes Auftreten von Fazialislähmung. Wenn wir zusammenfassend die mitgeteilten Fälle betrachten, so ergibt sich, daß in einer Familie der Vater und 2 seiner 4 Kinder, ein Sohn und eine Tochter selbst, und von seinen beiden andern Töchtern bei der einen deren beide Töchter, bei der andern ihr Ehemann erkrankten. Noch ist es unmöglich, eine unwiderlegliche Begründung für diese auffallende Erscheinung zu geben. Es ist wohl nicht angängig, ein infektiöses Virus für das Entstehen der Lähmungen überhaupt oder wenigstens allein verantwortlich zu machen. Denn wenn auch von allen Erkrankten die Erkältung als vorausgegangene Schädlichkeit angegeben wird, so könnte diese zwar den einzelnen Fall, aber nicht das stark gehäufte Vorkommen in der gleichen Familie erklären. Zweifelsfrei scheint die Tatsache, daß es sich hier um echte Fälle von Vererbung einer Disposition handelt, etwa in dem Sinne, wie Auerbach annimmt, daß die Widerstandsfähigkeit des peripheren Fazialisgewebes in dieser Familie angeboren geringer ist. Auf dem Boden dieser verminderten Widerstandsfähigkeit können die durch äußere Schädlichkeiten in den Körper gelangten Krankheitserreger ihre pathogene Wirksamkeit entfalten. An eine direkte Uebertragung des infektiösen Virus von Person zu Person ist bei der Länge der Intervalle nicht zu denken. — Kurz erwähnen will Verf. noch, daß er bei der Behandlung akuter rheumatischer (leicht fieberhaft verlaufender) Fazialislähmungen therapeutisch erheblichen Nutzen von der Diathermie gesehen hat. Die Diathermie vermindert nicht nur ganz unbestreitbar Schmerzen und alle übrigen quälenden Sensationen im Ohr, am Hals usw., sondern sie „sensibilisiert“ den erkrankten Nerven auch für die dann einsetzende galvanofaradische Behandlung, wodurch der Heilungsverlauf deutlich abgekürzt wird. Verf. hat sich daher gewöhnt, die Behandlung solcher Fälle stets mit etwa 4–6 Diathermiesitzungen zu beginnen, und kann diese Methode warm empfehlen. (M. m. W. 1918 Nr. 29.)

M. Pappenheim demonstriert 3 Kranke, und zwar einen 40jährigen Mann und dessen beide Kinder mit der **erblichen Kältelähmung**, welche seit früher Kindheit an einer von der Außentemperatur deutlich abhängigen, zeitweise auftretenden Muskelschwäche in den verschiedenen Gliedern leiden. Bei Kälte tritt eine erhebliche Schwäche der Arme, besonders der Finger, sowie der Beine auf; es ergeben sich Schwierigkeiten beim

Treppensteigen, Einknicken beim Aufstehen, Unfähigkeit, die Zehen zu bewegen. Bei Wärme verschwinden die Lähmungserscheinungen vollkommen. Die objektive Untersuchung ergibt eine sehr wechselnde Parese der oberen Gliedmaßen, vorübergehende Schwäche des *M. serratus* mit Flügelstellung beim Vorstrecken der Arme, Beeinträchtigung des Faustschlusses, der Fingerstreckung und Adduktion sowie Opposition des Daumens; die kleinen Handmuskeln waren weder galvanisch noch faradisch erregbar, ferner stellte sich myotonische Reaktion bei mechanischer und elektrischer Reizung in einzelnen Muskeln des Schultergürtels und der Beine ein; der *M. peroneus* zeigt bei mechanischer Reizung Rinnenbildung bis zu 15 Minuten Dauer. Die Muskulatur des Schultergürtels ist leicht atrophisch. Diese Krankheit, auf welche zuerst Eulenburg 1886 aufmerksam machte und sie als *Paramyotonia congenita* beschrieb, hat eine Verwandtschaft zur Gruppe der Krampi, bei welchen Krämpfe nur bei Kältereizung auftreten; die Atrophieerscheinungen bilden hier einen Uebergang zur *Myotonia dystrophicans*.
(Gesellsch. d. Aerzte in Wien, 25. 4. 1919.)

Knochenusur durch ein hämophiles, subperiostales Hämatom. Von Lothar Starker (Wien). Bei einem Bluter wurde am Oberschenkel eine langsam wachsende Geschwulst beobachtet, die röntgenologisch und klinisch als periostales Knochensarkom imponierte. Das Periost zeigte teilweise Knochenneubildung am Rande der Geschwulst und der Knochen des Femur deutliche Usurierung und Atrophie. Eine Punktion des Tumors entleerte 700 ccm flüssiges Blut, der Tumor war dabei verschwunden, füllte sich aber nach 4 Tagen wieder auf, und Patient kam durch diese innere Blutung zum Exitus. Gefäßveränderungen konnten mikroskopisch nicht gefunden werden, wie sie sonst bei Blutern beschrieben sind, dagegen zeigte sich der Knochen im Gebiete des Hämatoms schwer usuriert, offenbar durch den Druck des sich immer von neuem durch Nachblutung vergrößernden Hämatoms.
(Mitteil. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31 H. 4.)

Toxikologisches.

Pupillenveränderung bei der Veronalvergiftung. Von Dr. C. Römer (Aus der Inneren Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg). Verf. beobachtete bei fast jeder derartigen Vergiftung das Phänomen des Hippus. Mit Rückgang der Vergiftungserscheinungen pflegt das Schwanken der Pupille zu verschwinden.
(D. m. W. 1919 Nr. 47.)

Ueber Nebenwirkungen einiger neuerer Schlafmittel (Luminal, Nirvanol). Von R. Meißner (Aus der Medizinischen Klinik der Universität Breslau). Bei einem Falle von Luminal- und in 2 Fällen von Nirvanolgebrauch traten Fieber und Exantheme, in einem der Nirvanolfälle auch psychische Störungen auf. Die Intoxikationen waren zwar nicht schwer, mahnen aber doch zur Vorsicht.
(Ther. Mh. 1919 Nr. 8.)

Salizyl-Nebenwirkungen. Von Geh. San.-Rat Friedemann in Berlin-Schöneberg. Am 25. September abends gegen 5 $\frac{1}{2}$ Uhr wurde Verf. zu dem 27jährigen Kaufmann V. gerufen. Wie von der Mutter berichtet wurde, habe V. den Krieg von Anfang bis zu Ende, ohne einen Tag erkrankt gewesen zu sein, durchgemacht. Seit 24. September habe er Schnupfen, deswegen habe er gegen 4 Uhr am 25. 2 Tabletten Aspirin genommen. Seit 5 Uhr etwa trat Rötung und Schwellung des Gesichts auf. Verf. fand den Kranken im Bett, Augenlider stark geschwollen, so daß die Augen nicht geöffnet werden konnten, Gesicht dunkelrot, geschwollen, Lippen tief blaurot. Rumpfvorderfläche scharlachartig rot, ebenso die oberen und unteren Gliedmaßen, in den Gelenken an den Beugeseiten, auf dem Rücken zahlreiche fünfzigpfennigstückgroße Quaddeln. Atmung erschwert, Stridor, Einziehung des Jugulums. Augenbindehäute wäßrig durchtränkt, Rachen- und Mundschleimhaut stark geschwollen, Nasenscheidewand nach rechts abweichend, Nasenschleimhäute geschwollen; leichte Erscheinungen von Luftröhrenkatarrh. Temperatur 36.8°. Puls 76. Patient gibt noch auf Befragen an, daß er kein Jucken oder Brennen spürt. Schon am 26. ließen die Erscheinungen nach. Am 30. war V. völlig von seinen Beschwerden frei.
(D. m. W. 1919 Nr. 45.)

Ein Fall von Herzmuskelentzündung nach Leuchtgasvergiftung. Von Priv.-Doz. Erich Liebmann (Aus der Medizinischen Klinik der Universität in Zürich). Die Untersuchung eines Falles von tödlich verlaufender Leuchtgasvergiftung ergab das Vorhandensein einer schweren interstitiellen und parenchymatösen Myokarditis. Die klinischen Beobachtungen von Zondek (Blutdrucksenkung, Störungen der Schlagfolge, Herzdilatation) sind zum Teil wohl ebenfalls als Folge derartiger Prozesse aufzufassen.
(D. m. W. 1919 Nr. 43.)

Ueber 3 Fälle von Vergiftung mit falschem Bittermandelöl (Nitrobenzol) berichtet Dr. Tuszewski (Krankenhaus Berlin-Reinickendorf). Von der auf der Straße von einem Händler verkauften „Bittermandelessenz“, die nichts anderes als „Mirbanöl“

war, hatten 3 Personen, 1 Mann und seine 2 Kinder, gekostet, aber insgesamt höchstens 1—2 ccm. Alle 3 zeigten mehr oder weniger heftige Vergiftungserscheinungen.

(Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 10.)

K. Reitter berichtet über die **Lupinenvergiftung** bei einer Frau, welche nach Genuß eines im Schleichhandel erstandenen Kaffees, welcher mit Lupinen verfälscht war, mit Kopfschmerzen, Oppressionsgefühl, Gewichtsabnahme und nervöser Uebererregbarkeit erkrankte; außerdem bestand auffallend langsamer Puls. Nach einer im Pharmakognostischen Institut durchgeführten Untersuchung hat der „Kaffee“ 0,48 % Alkaloide, besonders Lupinin und Lupinidin, enthalten; eine Ratte ist unter Erscheinungen einer zentralen Lähmung rasch zugrundegegangen.

(Gesellsch. d. Aerzte in Wien, 4. 4. 1919.)

Krankheitsbilder.

Ueber Pulsionsdivertikel des Hypopharynx und ihre Behandlung. Von v. Eicken. Vortragender stellt zunächst an seinem Patienten folgenden Versuch an: Der Patient bekommt 1 Eßlöffel voll Milch zu trinken, den er scheinbar ohne Schwierigkeiten verschluckt; darauf werden verschiedene Fragen an den Patienten gerichtet, die er mit klarer Stimme beantwortet; weiterhin erhält der Patient einen Schluck Wasser zu trinken, der ebenfalls ohne sichtbares Hindernis verschluckt wird. Nach nochmaligem kurzen Dialog mit dem Patienten wird er aufgefordert, das zuerst geschluckte Quantum Milch wieder von sich zu geben; dieser Aufforderung wird prompt entsprochen. Die Milch kommt fast unverdünnt wieder zutage. Dieser eigenartige Versuch konnte nur dadurch glücken, daß der Patient, der seit 2 Jahren an Divertikelbeschwerden leidet, es gelernt hat, den Inhalt des Divertikels willkürlich durch eine Würgbewegung wieder hoch zu bringen. Er hat die Beobachtung gemacht, daß bei jeder Mahlzeit die zuerst geschluckten Bestandteile in das Divertikel geraten und daß er dann die übrige Nahrung ohne besondere Beschwerden an dem gefüllten Divertikel vorbeischlucken kann. Vortragender bespricht dann eingehend die sehr charakteristische Symptomatologie der Hypopharynxdivertikel. Allein die Anamnese gestattet es oft genug schon, mit großer Sicherheit auf das Vorhandensein eines Divertikels zu schließen. Als ein sehr wertvolles, auch schon im frühen Stadium des Leidens auftretendes Zeichen muß die Ansammlung von schaumigen Schleimmassen in dem einen oder anderen Sinus piriformis oder auch in beiden angesehen

werden. Dieses Symptom, auf das Vortragender als erster aufmerksam machte, wurde bei 13 von ihm beobachteten Fällen niemals vermißt. Sein Vorkommen ist auch von anderen Autoren bestätigt worden. Schaumiger Schleim im Sinus piriformis findet sich zwar gelegentlich auch bei höchstsitzenden Oesophaguskarzinomen, bei postdiphtherischen Schlucklähmungen und bei Bulbärparalyse, so daß dieses Symptom nicht als absolut beweisend für ein Pulsionsdivertikel angesprochen werden kann. Wo es vorkommt, wird es uns aber, namentlich wenn alle anderen ätiologischen Momente auszuschließen sind, an ein Hypopharynxdivertikel denken lassen und die Diagnose frühzeitig auf den richtigen Weg lenken. Von Wichtigkeit ist auch, festzustellen, in welchem Sinus piriformis sich die Schleimmassen finden. Es ist bekannt, daß die Pulsionsdivertikel des Hypopharynx häufiger auf der linken als auf der rechten Seite des Halses sich entwickeln; deshalb finden wir auch im linken Sinus piriformis häufiger schaumigen Schleim als im rechten. Findet sich das Symptom dagegen immer nur rechts, oder tritt bei einer Würgbewegung plötzlich nur im rechten Sinus piriformis schaumiger Schleim hoch, so spricht eine solche Beobachtung stark dafür, daß das Divertikel sich mehr nach der rechten Seite entwickelt hat und deshalb auch von der rechten Halsseite chirurgisch in Angriff genommen werden sollte. Vortragender konnte bei einem Patienten, der von anderer Seite von einem linksseitigen Schnitt aus vergeblich operiert wurde, ohne daß das Divertikel sich fand, schaumige Schleimmassen im rechten Sinus piriformis mit dem Kehlkopfspiegel sehen und feststellen, daß auf der rechten Halsseite ein Divertikel bestand. Die Therapie des Divertikels kann nur eine chirurgische sein. Gegenüber der Resektion des Divertikels hat die Umschnürung des Divertikels an seiner Basis, wie sie von Goldmann zuerst empfohlen wurde, den großen Vorteil, daß die Gefahr einer Mediastinitis sehr eingeschränkt wird. Die Umgebung des Divertikelsackes wird mit Jodoformgaze tamponiert und die Gaze zur äußeren Halswunde herausgeleitet. Durch den um die Basis gelegten, fest zugeschnürten Seidenfaden, dessen Ende man ebenfalls zur äußeren Halswunde herausführt, stirbt der Divertikelsack nekrotisch ab und kann nach 7—10 Tagen mitsamt dem Seidenfaden durch die Halswunde herausgezogen werden. Durch die Tamponade ist das lockere periösophageale Gewebe inzwischen durch Granulationsbildung abgeschlossen, so daß bei dem Auftreten einer Fistel die austretenden Speise- und Schleimmassen zu keiner Entzündung des Mediastinums mehr führen können. Die Fisteln kommen in der Regel zustande, bilden sich aber sehr schnell wieder zurück. Vortragender demonstriert

einen Patienten, bei dem die Goldmannsche Operation mit bestem Erfolg ausgeführt wurde. Als unerwartete Komplikation machte sich sofort nach der Operation eine linksseitige Rekurrenslähmung bemerkbar, die aber nicht auf eine Verletzung des Nerven, sondern nur auf die bei der Operation vorgenommene Infiltration der Halsweichteile bezogen werden konnte. 12 Stunden nach dem in Lokalanästhesie durchgeführten Eingriff war die Lähmung wieder völlig verschwunden. (Mediz. Gesellschaft Gießen, 28. 5. 1919.)

Ueber die Encephalitis lethargica und ihre Pathologie.
 Von Prof. Dr. Oberndorfer (Aus dem Pathologischen Institut des Krankenhauses München-Schwabing). Im Frühjahr 1917 hat Economo-Wien auf das gehäufte Auftreten einer Erkrankung aufmerksam gemacht, deren hauptsächlichstes Symptom sich bis zu vollständigem Koma steigende Zustände waren. Wegen der besonders in Erscheinung tretenden Schlafsucht nannte Economo die Erkrankung Encephalitis lethargica, er nahm also eine entzündliche Veränderung des Gehirns an, was auch durch den mikroskopischen Befund der zur Autopsie gekommenen Fälle bestätigt wurde. Nur ein Teil der Fälle seiner Beobachtung starb, andere gingen in Heilung über. Economo erinnerte bei der Beschreibung seiner Fälle auf eine ebenfalls mit Schlafsucht einhergehende Epidemie, die in den 90er Jahren in Oberitalien grassierte und die damals als Nona bezeichnet wurde; nach der neuen Auflage der Roth-Oberndorfferschen Terminologie ist die Bedeutung dieser eigentümlichen Bezeichnung unklar. Man wird wohl sofort daran denken, daß damals eine Influenzaepidemie diesen Erkrankungen voranging; eine ähnliche Schlafsuchtsepidemie soll auch 1782 in Tübingen bestanden haben. Von Interesse ist es nun, daß Economo seit 1917 neue Fälle in Wien nicht mehr beobachtet hat; daß dagegen im heurigen Frühjahr aus verschiedenen Städten Deutschlands, zuletzt von Kiel, über ähnliche Fälle berichtet wurde. Diesen neueren Beobachtungen schließen sich des Verf. Fälle an. Die Veränderungen, die Economo im Gehirn nachgewiesen hat, sind der Hauptsache nach mikroskopischer Art; makroskopisch wird von einem mäßigen Oedem, einer mäßigen Hyperämie der weichen Häute des Gehirns, flohstichartigen Blutungen auf der Schnittfläche des Gehirns berichtet. Die mikroskopischen Veränderungen sollen in einer kleinzelligen Infiltration der Leptomeningen, die besonders perivaskulär angeordnet ist, bestehen. Diese Infiltrate seien aber nur fleckweise angeordnet; ebenso sehe man kleinzellige perivaskuläre Infiltration, ebenfalls nur fleckweise, der stark mit Blut angefüllten kleinen Venen, hauptsächlich der grauen Hirnsubstanz, dabei kleine, perivaskuläre Blutungen, die

zum Teil auf den perivaskulären Lymphraum beschränkt seien, manchmal aber auch auf das umgebende Gewebe übergreifen; weiter träten Infiltrationsherde mit Gliawucherungen, unabhängig von Gefäßveränderungen, in der grauen Substanz auf, teilweise mit kleinen Nekrosen des Gewebes verbunden. Economo beschreibt dann noch als häufigeren Befund Bilder von Neuronophagie, Einwanderung von Wanderzellen in verflüssigte Ganglienzellen. Die neueren Beobachtungen haben zu diesem Bilde nicht viel hinzugefügt, Verf. will gleich vorwegnehmen, daß auch seine Beobachtungen im großen ganzen zu einer Bestätigung der Economoschen Beschreibung geführt haben. Die Beobachtungen erstrecken sich über 8 Fälle, die zur Autopsie kamen. Alle Fälle wurden in der Zeit von 4 Wochen beobachtet, und zwar in dem Raum zwischen dem 1. März- und 1. Aprilwoche dieses Jahres. Weder vorher noch nachher hat Verf. ähnliche Fälle auf dem Sektionstisch gesehen. Betroffen wurden meist jugendliche Individuen. Die meisten Erkrankungen bot das 3. Dezennium mit 5 Fällen. Unter den Gestorbenen waren 6 Frauen, 2 Männer. Die Krankheitsfälle waren folgende:

Fall 1. Weib, 61 Jahre. Die Frau kommt von einem Geschäftsgang nach Hause, legt sich zu Bett und schläft von da an bis zu ihrem nach 14 Tagen erfolgten Tode fast ununterbrochen. Sie reagiert wohl auf Anfragen, hört aber oft mitten im Satz zu sprechen auf und schläft wieder ein. Es besteht leichte Fazialisparese, stark erhöhter Muskeltonus in Armen und Beinen, leichter Nystagmus, leichte Atethose an Händen und Fingern, dauernd leichtes Fieber zwischen 38 und 38,5. Lumbalpunktion ohne Befund.

Fall 2. Mann, 30 Jahre. Erkrankt plötzlich mit Fieber, klagt über Rheumatismus im Arm, der kaum bewegt werden kann, Beweglichkeit kehrt aber bald wieder zurück, leichte Schwäche bleibt bestehen. Fieber um 38. Herzaktion beschleunigt. Der Patient ist schläfrig, teilnahmslos, am Bauch beobachtet man Muskelzuckungen, die periodisch nach jedem 2. bis 3. Atemzug auftreten. Tod nach 11 Tagen.

Fall 3. Weib, 25 Jahre. Beginn der Erkrankung mit Schmerzen im linken Schultergelenk, später auch im Ellbogengelenk, dabei Kopfschmerzen und Schwindel; legt sich zu Bett, liegt hier teilnahmslos mit halbgeschlossenen Augen, kann die Augenlider nicht mehr ganz heben, feinschlägiger Nystagmus besteht bei seitlichem, gröberer Nystagmus bei Blick nach unten. Patientin ist unbesinnlich, schläft mitten im Satz ein, läßt sich aber wieder durch lauten Zuruf erwecken und gibt dann sinngemäße Antworten. Verstärkter Muskeltonus an Armen und Beinen, leichte grob-

schlägige Zitterbewegung an den Fingern, beginnende Neuritis nervi optici. Temperatur immer um 38. An der Haut traten zuletzt noch Sugillationen auf. Dauer der Erkrankung 17 Tage.

Fall 4. Weib, 18 Jahre. Das Mädchen wurde 3 Wochen vor seiner Erkrankung von einem Hund gebissen und kam wegen Lyssaverdacht ins Krankenhaus. Sie erkrankte am 1. März plötzlich mit starker Müdigkeit, schläft seit der Zeit viel, läßt sich aber leicht wecken, schläft aber während des Redens wieder ein. Man beobachtet ruckartige Zuckungen an den Fingern und Händen, die Muskulatur ist hypertonisch, die Pupillen reagieren träge, die Lider lassen sich nur schwer passiv öffnen, Reflexe ohne Veränderungen. Lumpalpunktion ohne wesentliche Veränderung. Tod nach 19 Tagen unter den Erscheinungen der Herzlähmung.

Fall 5. Weib, 23 Jahre. Erkrankt mit Kopfschmerz, Halsweh, Fieber. Schwer krank, Zyanose. L. U. L. Dämpfung. Unter zunehmender Zyanose Tod nach 12 Tagen. „Atypischer Fall.“

Fall 6. Mann, 21 Jahre. Erkrankt mit leichtem Fieber, Kopf- und Zahnschmerz, allgemeiner Müdigkeit. Es besteht leichte Hypertonie der Arme, keine Reflexstörungen. Im Lumbalpunktat massenhaft Leukozyten, dauernde Benommenheit bis zu dem nach 17 Tagen erfolgten Exitus.

Fall 7. Weib, 47 Jahre. Die Erkrankung beginnt mit Schmerzen an der Darmbeinschaukel, die auf Rücken und linke Körperseite übergreifen, die Schmerzen werden bald krampfartig, der Leib wird leicht aufgetrieben, die anfänglich bestehende Stuhlverhaltung löst sich nach einigen Tagen. Die Patientin schläft viel, beantwortet die Fragen aber richtig, liegt starr im Bett. Es besteht leichter Nystagmus, Fazialiszuckungen, Reflexe ohne Veränderungen. Tod am 23. Tage.

Fall 8. Weib, 41 Jahre. Erkrankt mit Kopfschmerz, leichtem Fieber, rheumatischen Beschwerden am ganzen Körper. Es entwickelt sich allmählich eine Bewegungslosigkeit am ganzen Körper. Die Patientin deliriert leicht. Am Tage der Erkrankung ist eine leichte Parese der linken unteren Extremität zu beobachten. Das Bewußtsein ist getrübt. Auf Anruf kurze, gut orientierte Antworten. Im Liquor ist die Zellzahl vermehrt (75 Zellen, Lymphozyten). Tod am 10. Tage.

Fassen wir die Krankheitsbilder kurz zusammen, so kehrt als hauptsächlichstes Symptom immer wieder der eigentümliche Schlafzustand wieder. Die Kranken liegen apathisch im Bett, delirieren manchmal, sind aber rasch orientiert beim Anruf, können sich aber nicht dauernd konzentrieren, schlafen während der Beantwortung leicht ein. Krampfartige Zuckungen, leichte Paresen treten auf. Am häufigsten wird Ptosis des oberen Augenlids be-

obachtet. Die Temperatur ist meist leicht erhöht, um 38. Eine Erhöhung des Muskeltonus fällt fast durchweg auf. Die Erkrankung beginnt oft plötzlich, oft aber auch mit rheumatischen Erscheinungen, die Reflexe sind meist vollkommen normal, die Lumbalflüssigkeit in der Mehrzahl der Fälle nicht verändert; eine Grippe ist der Mehrzahl der Fälle nicht vorausgegangen. Die Infektiosität ist offenbar sehr gering; die Fälle standen untereinander nicht in Zusammenhang, Saalinfektionen kamen nicht vor. Bei der Sektion bieten die übrigen Körperorgane keinen besonderen Befund, abgesehen von terminaler hypostatischer Pneumonie oder trüben Schwellungen der parenchymatösen Organe. Erwähnenswert sind ab und zu Sugillationen der Haut, punktförmige Blutungen der Pleuren und des Epikards, Blutungen in Nierenbecken, Darmserosa, weil Economo und Wiesner gleichzeitig mit der Encephalitis lethargica häufigere Fälle von hämorrhagischer Diathese, auch kombiniert mit der Encephalitis gesehen haben, worauf unten zurückgekommen wird. Das Gehirn zeigt makroskopisch leichtes Oedem der weichen Häute, ab und zu vereinzelte flobstichartige Blutungen in der grauen Substanz, die aber nur in einem Fall in größerer Ausdehnung zu beobachten waren, aber auch hier nie in dem Maße, wie wir sie etwa bei der Kampfgasvergiftung oft zu sehen Gelegenheit hatten. Daß Thalamusblutungen die Ursache der „Schlafsucht“ wären, wie behauptet wurde, kann nach Verf.s Beobachtung nicht richtig sein. Die Aetiologie der Krankheit ist wohl noch nicht ganz geklärt. Schon 1917 hat Wiesner, der die Fälle von Economo bakteriologisch untersucht hat, einen Gram-positiven Diplostreptokokkus nachgewiesen, der eine gewisse Polymorphie aufwies, bald langgestreckte, bald plumpe Formen bildete; er fand sich im Schnittpräparat auch in den ödematösen Meningen, nicht aber in den Entzündungsherden des Gehirns und des Markes. Dieselben Erreger, die anfänglich in der Kultur anaerobe Verhältnisse bevorzugen, wurden auch bei infizierten Affen gefunden, die Wiesner durch subdurale Injektion einer Hirnbreiemulsion krank gemacht hat. Die Tiere gingen unter zunehmender Mattigkeit und Schlafsucht in wenigen Tagen ein, ihr Gehirn bot ähnliche Veränderungen wie das des Menschen. Die gleiche Erkrankung wurde auch mit der Reinkultur des Diplostreptokokkus hervorgerufen, Kaninchen gingen unter den Erscheinungen einer hämorrhagischen Peritonitis zugrunde. Bemerkenswert ist nun, und das spricht gegen die ausschließliche Erregerrolle des Diplokokkus, den Wiesner jetzt Streptococcus pleomorphus nennt, daß in Fällen hämorrhagischer Diathesen, die, wie oben schon erwähnt wurde, gleichzeitig gehäuft mit der Encephalitis auftraten, ferner auch bei reinen Grippeenzephalitiden der-

selbe Erreger sich isolieren ließ, ebenso auch bei einer kleinen Epidemie von *Myositis acuta*. Die Vermutung liegt nahe, daß hier ähnliche Veränderungen wie bei Influenza vorliegen, bei der der Influenzabazillus wohl der häufige Begleiter, sicher aber nicht der Erreger der Erkrankung ist. Große Aehnlichkeit hat zweifellos die ganze Erkrankung mit der Kinderlähmung, wenn auch bei dieser ein anderer ätiologischer Faktor in Betracht kommt. Ein ultravisibles Virus scheint nicht vorhanden zu sein, denn mit dem Filtrat von Hirnemulsionen konnte Wiesner keine Infektion hervorrufen. Vor einiger Zeit hat Economo Fälle von Grippe-enzephalitiden beschrieben, die manche Aehnlichkeit mit der Encephalitis lethargica haben, sich aber histologisch gut von ihr abtrennen lassen. Und zwar legt Economo auf die Neuronophagie als charakteristischen Befund bei der Encephalitis lethargica, als fehlenden Befund bei der Encephalitis grippalis Gewicht; wie wir oben gesehen haben, scheint diesem Befund aber keine größere Bedeutung zuzukommen. Von größerer Bedeutung scheint aber zu sein, daß die Encephalitis grippalis keine besondere Vorliebe für bestimmte Lokalisationen haben soll, während die Encephalitis lethargica das Höhlengrau bevorzugt. Bei der Grippalis sollen dann weiterhin mehr Hirnblutungen, keine besonderen Zellinfiltrate vorkommen. Verf. faßt zusammen: Es scheint sich tatsächlich um eine eigenartige, neuauftretende Erkrankung zu handeln, die, wie auch aus der Geschichte dieser Nona hervorgeht, in einem gewissen Zusammenhang mit der Grippe stehen kann. Wie der Zusammenhang ist, ist fraglich. Auffallend ist, daß die Erkrankungsfälle, über die bisher berichtet wurde, alle im Vorfrühling beobachtet wurden, die Epidemie auf kurze Zeit beschränkt war. Economo hat schon seit 1917 keinen Fall mehr gesehen, seine Endemie ging also der Grippepandemie voraus. Dabei darf Verf. aber vielleicht bemerken, daß er — und wohl auch andere — der großen Grippepandemie des vorigen Sommers und Herbstes eigenartige Pneumonien, schlaffe bunte Formen, vorausgehen sah, die früher und nun auch nach dem Erlöschen der Grippepandemie nicht zur Beobachtung kamen. Es scheint eben fast, als ob vor der Grippepandemie ein Vorbereitungsstadium bestanden hätte, das vielleicht erst dem explosiven Auftreten der Erkrankung den Weg gebahnt hat. In dieses Vorbereitungsstadium fielen dann auch die Economoschen Encephalitis lethargica-Fälle. Die Enzephalitisendemie scheint nun erloschen zu sein; Verf. hat seit dem Frühjahr keinen neuen Fall mehr zu beobachten Gelegenheit gehabt.

(M. m. W. 1919 Nr. 36.)

Komplikationen und Nachkrankheiten.

Lähmung des weichen Gaumens nach Grippe. Von Dr. G. Kickhefel (Aus dem Universitäts-Ambulatorium für Stimm- und Sprachstörungen in Berlin). In allen vier beobachteten Fällen handelt es sich um Gaumensegellähmungen nach Grippe. Alle Patienten hatten die charakteristischen Erscheinungen: Fieber, Gliederschmerzen, heftige Kopfschmerzen, große Mattigkeit, Schmerzen in den Augen, Katarrhe des Respirationsapparates. Uebereinstimmend gaben die Patienten an, daß Belag im Halse nicht vorhanden gewesen sei und Schluckschmerz und Drüsenschwellungen am Halse nicht bestanden haben, so daß eine diphtherische Erkrankung auszuschließen ist. Wie bei den postdiphtherischen Gaumensegellähmungen, tritt auch bei den Lähmungen nach Grippe in vielen Fällen eine spontane Heilung ein. Dies läßt sich so erklären, daß durch die Hebung des Zungenrückens bei der Artikulation das gelähmte Gaumensegel passiv gehoben wird und durch die Art der Massage sich allmählich entschließt, auch wieder aktive Bewegungen zu machen. Es gibt aber Fälle, bei denen die spontane Heilung ausbleibt. Woran liegt das? Die Patienten haben sich an die mangelhaften oder aufgehobenen Bewegungen so gewöhnt, daß sie dieselben noch anwenden, nachdem die Parese des Velums zurückgegangen ist. Die Patienten haben vergessen, die Muskeln des Gaumensegels richtig zu gebrauchen; die Bewegungsvorstellung ist ihnen verloren gegangen. Aus der organischen Rhinolalia aperta infolge der Lähmung ist eine habituelle Rhinolalia aperta geworden. Wir finden analoge Vorgänge bei den habituellen Aphonien. Die den akuten Kehlkopfkatarrrh begleitende Insuffizienz der Glottisschließer bleibt bestehen, wenn die katarrhalischen Erscheinungen schon zurückgegangen sind; die Patienten wissen nicht mehr, wie sie die Stimmlippen bewegen müssen, um einen normalen Glottisverschluß zu erreichen. Auch das freiwillige Hinken des Kindes gehört zu den Erscheinungen, bei denen es sich um einen Verlust der Bewegungsvorstellungen handelt. In diesen Fällen, wo sich an die Parese des Gaumensegels eine habituelle Rhinolalia aperta angeschlossen hat, sind wir genötigt nachzuhelfen. Da es sich um verloren gegangene Bewegungsvorstellungen handelt, kann die einzig richtige Therapie nur darin bestehen, durch Uebung die Bewegungen wieder in normale Bahnen zu lenken. Verf. benutzt neben einem systematischen Artikulationsunterricht dazu seit vielen Jahren mit gutem Erfolge einen Gaumenheber, mit dem er das Gaumensegel nach hinten oben anhebt. Nur in seltenen Fällen mußte der elektrische Strom angewandt werden. Die Beseitigung der habituellen Rhinolalia aperta hat

große praktische Bedeutung. Wir wissen, daß die Kraft des Gaumenverschlusses eine recht bedeutende ist: die einzelnen Sprachlaute haben verschiedene Abschlußkraft; Bie bendt fand, daß dieselbe bei den S-Lauten am größten ist. Der Gaumenverschluß wird am leichtesten daher gerade bei den Sprachlauten versagen, bei denen er besonders kräftig sein muß. Daraus erklärt sich auch, daß der besonders beim weiblichen Geschlecht auftretende Sigmatismus (Lispeln) gelegentlich von einer Rhinolalia aperta begleitet ist und zum Sigmatismus nasalis wird. Dieses Näseln wird besonders unangenehm empfunden und hat in vielen Fällen einen ungünstigen psychischen Einfluß, so daß die Patientinnen weniger das Lispeln, als gerade das diesen Artikulationsfehler begleitende Näseln zum Arzt führt. (B. kl. W. 1919 Nr. 41.)

Makulablutungen der Mütter während und unmittelbar nach der Geburt. Von Dr. J. Strebel (Luzern). Die Literatur über die Geburtsverletzungen des kindlichen Auges ist alt, reichhaltig und ziemlich eindeutig. In auffälligem Gegensatz dazu ist die intra und post partum auftretende Makulablutung der Mutter bis jetzt nur ungenügend gewürdigt worden. Wilbrand und Saenger kennen sie in der erschöpfenden Besprechung der Netzhautblutungen überhaupt nicht, während sie die der Neugeborenen ausführlich erörtern. Auch Berger und Loewy ist diese Tatsache unbekannt. Die beiden Autoren erwähnen als Folgen der Steigerung des Blutdrucks während der Geburt: Ekchymosen der Bindehaut, Blutungen in den Glaskörper, Blutungen in die Orbita mit Exophthalmus und pulsierenden Exophthalmus. Dann heißt es: „In einer Anzahl von Fällen wurde während der Geburt eine vorübergehende Amblyopie oder Amaurose beobachtet“. Ringland, Ullersperger und Sichel berichten über derartige Fälle. „Die neuen Autoren nehmen mit Recht an, daß es sich hier wahrscheinlich um Erscheinungen von traumatischer Hysterie handle.“ Nach Berger und Loewy ist auch der Fall Cunier durch Hysterie zu erklären, obwohl unmittelbar post partum Konvulsionen, Verlust des Bewußtseins und Ekchymosen der Bindehaut nachgewiesen wurden. Was in diesem Kapitel auch heute noch nicht als „traumatische Hysterie“ gilt, verfällt nach den Literaturangaben der Etikette der sogen. „urämischen Amaurose“. So auch der Fall Knapp, der eine homonyme Hemianopie aufwies. Auch manche Fälle von Sehstörungen während des Wochenbettes werden von den genannten Autoren als durch Aggravation oder Hysterie bedingte erklärt, während ihr anatomisches Substrat sicherlich eine Blutung ist. Auch Groenouw schreibt 1904: „Bei einem andern Teil der Fälle wurde kein Eiweiß im

Urin gefunden. Diese sind wahrscheinlich als traumatische Hysterie anzusehen, ausgelöst durch die Schmerzen während der Geburt usw.“ Untersucht man jedoch auch im Privathaus den gelben Fleckbezirk im aufrechten Bild bei erweiterter Pupille genau, so wird man von der traumatischen Hysterie bald abkommen und sehen, daß die intra und post partum erfolgende Makulablutung der Mutter gar kein seltenes Vorkommnis bedeutet. Verf. hat im Verlaufe von 2 Jahren einige Fälle zu Gesicht bekommen. Ihre Kenntnis besitzt auch für den praktischen Arzt Interesse; denn diese Patientinnen sind geneigt, den rötlichen oder gelbgrünlichen runden Schatten, der sie am Fixieren hindert, auf allgemeine „Schwäche“ nach der Entbindung zurückzuführen. In diesem Glauben werden sie oft durch die Wärterin bestärkt. So geht viel nützliche Zeit und damit das kostbare makulare Sehen verloren. Verf. teilt von mehreren Beobachtungen zwei charakteristische mit. Epikritisch ist zu diesen beiden Fällen von intra und post partum erfolgten Makulablutungen der Mütter zu bemerken; daß weder toxische noch infektiöse Schädigungen in Betracht kommen. Im ersten Fall dürfte eine intra partum aufgetretene, allgemeine venöse Stauung als Bedingung des Zustandekommens angesprochen werden, im letzteren ein anämisierender Faktor. Auffällig war die in beiden Fällen sowohl ophthalmoskopisch als perimetrisch nachgewiesene raschere Resorbierbarkeit der Blutungen auf der Schläfen- wie auf der Nasenseite.

(Schweiz. Korr.-Bl. 1919 Nr. 27.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Zur Behandlung der Radiusfraktur. Von Hofrat Asam, Murnau. Verf. möchte eine sehr einfache, billige und in allen Lagen leicht zu fertigende Gipsschiene bekanntgeben, die sich ihm in jahrelanger Praxis bei Radiusbrüchen ausgezeichnet bewährt hat. Es ist eine aus etwa 4 Lagen Kleister und 4 Lagen Gipsbinde hergestellte Schiene, welche etwa 4 cm von einem der schmalen Ränder entfernt einen ca. 10 cm langen, den langen Seitenrändern und in der Mitte zwischen beiden parallel laufenden Einschnitt bekommt. Beim Anlegen der Schiene wird der Daumen durch den so entstandenen Schlitz hindurchgesteckt. Die Herstellung ist folgende: Man trägt sich die Länge des gebrochenen Vorderarmes vom Grundgelenke des Zeigefingers bis zum Ellenbogen auf einer ebenen Unterlage (Tisch, Brett) in 2 Marken auf. Zwischen diesen Marken streicht man etwa 4 Lagen einer breiten (10—15 cm) Kleisterbinde aus; auf diese Kleisterbinde kommen

4 Lagen einer schmäleren (8—12 cm) Gipsbinde; die Kleisterbinde muß die Gipsbinde an allen Stellen überragen. Hierauf wird die so entstandene Schiene mit einem gut schneidenden Messer in der oben beschriebenen Weise geschlitzt. Dann wird die Fraktur reponiert. Verf. bewerkstelligt das über die Ecke eines Tisches, Nachtkästchens, über einer Stuhllehne oder einem Bettstatrand, die natürlich gut gepolstert sind. Der Arm wird im Ellenbogengelenk rechtwinklig gebeugt und von einem Assistenten gehalten. Das untere Ende der Elle kommt auf das Hypomochlion zu liegen, der Arm wird kräftig angezogen, je nach Notwendigkeit dorsal oder palmar flektiert und dann in sehr starker Abduktionsstellung (Pistolengriffform) eingeschient. Man kann auch die Schiene vor der Reposition schon anlegen. Die Schiene wird über der Fraktur gut anmodelliert und mit einer ziemlich schmalen (6—8 cm) Mull-, Krepp- oder Kambrikbinde mit Leibeskräften festgebunden. Wenn die Schiene erhärtet ist, werden die extendierenden Hände entfernt. Vor Anlegung wird der Arm zweckmäßigerweise etwas eingefettet; der Gips muß natürlich tadellos sein. Man braucht keine Angst zu haben, daß man zu fest umwickelt hat; der Kranke erhält die Erlaubnis, alle Bidentouren zu lockern, wenn ihm der Verband zu fest angelegt erscheint. Wenn die Kleisterbinde die Gipsbinde überall entsprechend überragt, schneidet die Schiene nicht ein und schnürt auch nicht. Da die Schiene nur bis zur Basis des Zeigefingers reicht, können die Finger in der ersten Stunde bewegt werden. Schon am 3. oder 4. Tage nach der Verletzung kann die Schiene abgenommen und wieder angelegt werden; bald legt man sie nur mehr des Nachts an, etwa am 10.—14. Tage läßt man sie ganz weg. Massage, aktive und passive Bewegungen, Bäder können ganz nach Möglichkeit und Belieben in Anwendung kommen. (M. m. W. 1919 Nr. 45.)

Zur Frage des Magenkarzinoms auf Ulkusbasis und zur Verwechslungsmöglichkeit von Ulkus und Karzinom. Von H. Haberer (Innsbruck). Verf. kommt bei Sichtung seines Magenmaterials zu dem Ergebnis, daß in wenigstens 5 % der Fälle er ein beginnendes Magenkarzinom für ein einfaches Ulkus gehalten hat und umgekehrt ebensohäufig ein kallöses Ulkus als Karzinom reseziert hat. Weiterhin beschreibt er 6 ganz sichere Fälle, wo sich auf der Basis eines Ulkus ein Karzinom entwickelt hat, einmal 12 Jahre nachdem eine gut funktionierende Gastroenterostomie angelegt worden war. Aus diesem Grunde vertritt er den Standpunkt, daß es besser sei, die Resektion des Ulkus prinzipiell der Gastroenterostomie vorzuziehen.

(Mitteil. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31 H. 4.)

Zur Behandlung schlecht heilender Narbengeschwüre empfiehlt Dr. R. Pürckhauer (München) die zirkuläre Umschneidung derselben. Nach Auskratzung des Geschwüres mit dem scharfen Löffel wird die Umgebung im Gesunden zirkulär bis auf die Faszie und diese mit, bei stark unterliegenden Knochen, wie z. B. bei der Vorderfläche des Unterschenkels, bis auf diesen umschnitten, der Rand gegen die Unterlage etwas stumpf mobilisiert; durch Heftpflasterstreifen werden die Wundränder einander genähert. Der Verband bleibt ca. 5 Tage liegen; nach Abnahme desselben ist man geradezu über den schon erzielten Erfolg erstaunt: lebhafte, frische Granulationen bedecken den vorher leblosen Geschwürsgrund, von der Seite dringen blaurote Epithelzapfen vor, die Wundfläche hat sich um ein Bedeutendes verkleinert. Durch Fortsetzen der Verbandtechnik und durch strikte Bettruhe bringt man schon in kürzerer Zeit die ganze Wundfläche zur Heilung und erzielt eine solide, widerstandsfähige Hautbedeckung. Es ist Verf. gelungen, Geschwüre, die monate- selbst jahrelanger Behandlung aller nur erdenklicher Mittel trotzten, in kurzem zu heilen, darunter Flächen, die nahezu handtellergroß waren. Meist waren es Geschwüre, die nach Kriegsverletzungen entstanden waren, aber auch variköse Geschwüre hat Verf. auf diese Art glatt und rasch zur Heilung gebracht; die Methode hat er auch auf Stumpfgeschwüre angewandt und sich manche große und eingreifende Plastik erspart. Bedingung ist strikte Bettruhe von seiten des Patienten bis zur Heilung. Freilich ist es oft nicht leicht, Patienten, die schon auf monatelange Bettruhe zurückblicken, noch einmal zur Bettruhe zu verdammen, allein wenn dieselben nach dem ersten Verbandwechsel den frappanten Erfolg sehen, unterziehen sie sich dann gerne noch einmal einer kurzen Bettkur.

(M. m. W. 1919 Nr. 45.)

b) Innere Krankheiten.

Zur Therapie der kryptogenetischen perniziösen Anämie. Von Oberarzt Dr. I. Zadek (Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses der Stadt Neukölln). Im Laufe der letzten 7 Jahre übersieht Verf. ein Material von nahezu 50 dauernd beobachteten perniziösen Anämien. In dieser Zeit hat sich ihm mehr und mehr die Auffassung befestigt, nicht zum wenigsten gerade auf Grund der mit den verschiedensten therapeutischen Maßnahmen gemachten Erfahrungen, daß in der Lehre von der intestinalen Entstehung vieler, wenn nicht aller perniziöser Anämien unbekannter Aetiologie ein wahrer Kern steckt. Dafür sprechen zu viele, nahezu konstante Befunde: die kaum je vermißten, oft längere Zeit

(jahrelang!) der Krankheit vorangehenden Zungenveränderungen, ebenso die subjektiven, gleichfalls oft initialen Magendarmsymptome (Anorexie, Fleischabneigung, Erbrechen, Durchfälle, oft mit Obstipation wechselnd usw.), vor allem aber die nie fehlende Achylia gastrica (*Anadenia ventriculi*) und Hypermotilität des Magens. Mit solcher Regelmäßigkeit sind diese Symptome bei anderen Anämien keineswegs so häufig beobachtet, daß man ihnen deswegen für die perniziöse Anämie jede ätiologische Bedeutung absprechen könnte. Seit ungefähr 2 Jahren werden die kryptogenetischen perniziösen Anämien folgendermaßen behandelt: Völlige Bettruhe bis zum sicheren Eintritt der Remission, d. h. also mindestens 4 bis 6 Wochen, dann vorsichtig dosiertes Aufstehen; vorwiegend Milch-, Gemüse, Brei-Obstdiät (2 mal wöchentlich gekochtes Fleisch — keine Wurst oder Räucherwaren — wenig Käse und Eier) mit Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr (keine Suppen); per os 3 mal täglich 20 ccm *Mixtura acida* oder 20 Tropfen Salzsäure, nach dem frühen Abendessen 20 g Mercksche Tierkohle in Oblaten. Jeden 2. Tag subkutane Injektionen von *Natrium arsenicosum* 0,1:10,0, gut neutralisiert, beginnend mit einem Teilstrich der Pravazspritze, um je einen Teilstrich steigend bis 1 ccm, in schweren Fällen ausnahmsweise bis 2 ccm; 1—2 Wochen lang Injektionen derselben Menge, dann ebenso bis auf 0,1 ccm zurückgehend. Wöchentlich eine intravenöse Neosalvarsaninjektion in der Dosierungsreihe 0,15; 0,3; 0,45 4—6 mal (nie größere Einzeldosen!). Täglich abwechselnd Magendarmspülungen, erstere nüchtern morgens mit etwa 12—15 l lauwarmen Wassers, dem 3 g *Natrium salicylicum* oder Salol zugesetzt sind, letztere meist abends, am besten in Knie-Ellbogenanlage mit Kamillenteeabkochungen oder Seifenwasser (bei Neigung zu Obstipation), solange wie möglich gehalten. Diese Spülungen, vorsichtig und langsam unter Vermeidung jeglicher Gewalt im Bett vorgenommen, sind von überragender und prompter Wirkung auf Appetit und Allgemeinbefinden; man hat immer wieder den Eindruck der sichtlichen Befreiung des Patienten von toxischen Produkten. Die Spültherapie wird meist bis zum Aussetzen des Arsens fortgesetzt, oft noch darüber hinaus, monatelang, vereinzelt jahrelang und andauernd. Verf. kann sich nicht Hirschfeld und Plehn anschließen, daß die Spülungen undurchführbar wären; in den wenigen Fällen, wo man anfänglich auf Widerstand stößt, hilft ernstes, gütiges Zureden und vor allem das wachsende Vertrauen zu dieser das subjektive Krankheits- und Schwächegefühl beseitigenden Therapie. Oft genug sind Patienten mit ulzerösen Mundprozessen oder mit Hämorrhoiden, welche krankhaften Veränderungen selbst bei schonendster Vornahme der Magendarmspülungen Schmerzen auslösten, wegen

der ihnen immer wieder fühlbar werdenden Besserung trotzdem bei der Behandlung geblieben. Darin sieht Verf. vornehmlich den Beweis für die Wirksamkeit des Verfahrens. Verf. hat keinen einzigen Fall erlebt, in dem er die Spülungen abbrechen sich gezwungen gesehen hätte, und muß die so häufigen Angaben und Klagen über ihre Zwecklosigkeit und infolge von „Schwäche“ und „Weigerung des Patienten“ notwendig gewordenen Abbrechen der Spültherapie falscher Technik und mangelnder ärztlicher Kunst zur Last legen. Ohne Einzelheiten und Krankengeschichten weiterhin anführen zu wollen, genüge die Erklärung, daß unter dieser kombinierten Behandlung, der im ganzen 17 Fälle echter kryptogenetischer perniziöser Anämien unterzogen wurden, in jedem Falle so rasch (durchschnittlich nach 6—8 Wochen) Aenderung des Blutbildes, steigender Hämoglobingehalt und Erythrozytenvermehrung, frisches Aussehen, Schwinden des Fiebers und der Oedeme, kurzum die erwünschte Remission erzielt wurde, wie sie vordem weder durchweg in so kurzer Zeit, noch so ergiebig und anhaltend gesehen worden ist. Gerade in diesem Vergleich mit der früher versuchten Therapie ist der Beweis für die Bedeutung der oben skizzierten Behandlungsmethode zu erblicken.

(D. m. W. 1919 Nr. 41.)

Das Lochsche Absaugverfahren bei Diphtherie. Von Oberarzt Dr. Lade (Aus der akademischen Klinik für Kinderheilkunde zu Düsseldorf). In der Münchener medizinischen Wochenschrift 1917 Nr. 46 hat Loch ein sehr zweckmäßiges Verfahren zur Beseitigung von Blut, Eiter und anderen Sekreten aus Wunden, dem Mittelohr, der Nase und ihren Nebenhöhlen angegeben. Es besteht in Absaugen durch Verwendung einer Wasserstrahlpumpe mit vorgeschalteter Flasche, durch deren doppelt durchbohrten Stöpsel einerseits eine Rohrleitung zur Pumpe, andererseits eine Rohrleitung zu einem Saugansatz führt. Die Vorschaltflasche dient zum Auffangen des Abgesaugten und damit zugleich zur Reinhaltung der Wasserleitung, der Pumpe und des Röhrensystems jenseits der Flasche. Es lag nahe, diese Saugvorrichtung, auf deren mannigfaltige Verwendungsmöglichkeit L. hingewiesen hat, bei Diphtherie anzuwenden. Verf. bedient sich einer Hegershoffpumpe mit Ueberwurfmutter, die an jeden Zapfhahn der Hochdruckwasserleitung, der mit einem entsprechenden Gewinde versehen ist, angeschraubt werden kann, so daß dieselbe Pumpe jederzeit an allen möglichen Stellen der Klinik zu betreiben ist. Ein längerer Schlauch führt zur Vorschaltflasche, ein kürzerer von dieser zum Saugansatz. Zunächst war sein Ziel, die Diphtheriebazillenträger durch das Absaugen ihrer Rachenorgane schneller

von ihren Bazillen zu befreien. Es ist dies nur bedingt gelungen. Einige Patienten wurden sehr schnell bazillenfrei, bei anderen gelang die Beseitigung der Krankheitserreger nicht. Es erübrigt sich daher, auf einzelne Fälle näher einzugehen. Daß viele ihre Bazillen trotz Absaugens behalten, ist bei den komplizierten Schleimhautverhältnissen, den geräumigen Tonsillenkrypten und den Schlupfwinkeln, die die Bazillen in den Nebenhöhlen finden, verständlich. Subjektiv wird das Absaugen, bis auf den bei empfindlichen Personen bisweilen auftretenden Brechreiz, nicht unangenehm empfunden. Die Befreiung von den oft großen Schleimengen macht die Atmung freier, eine bessere Durchblutung der Schleimhaut vermehrt aller Voraussicht nach die Abwehrkräfte gegen die Krankheitserreger. Die Untersuchung des in der Vorschaltflasche sich ansammelnden Sekretes zeigt, welch ungeheure Mengen von Diphtheriebazillen auf diesem Wege entfernbar sind. Eine gewisse Vorsicht ist nötig, um auf einzelne Stellen keinen zu großen Saugreiz einwirken zu lassen. So wurde bei einem Manne kurz nach dem Absaugen ein mächtiges Oedem der Uvula festgestellt, das zu einem störenden Schluckhindernis wurde, aber nach einigen Stunden, trotzdem Sugillationen in die Schleimhaut aufgetreten waren, ohne weitere Folgen verschwand. Als Saugansatz werden entsprechend gebogene Glasrohre oder, was sich hauptsächlich bei Kindern empfiehlt, Metallansätze verwandt. Wenn letztere mit einer leichten Krümmung und einem kugeligen Endstück versehen werden, sind sie besonders gut im Nasenrachenraum und zwischen den Gaumenbögen zu benutzen. Auch Tuberkatheter oder andere je nach Geschmack gefertigte Ansätze erfüllen ihren Zweck. Außer zur Freiräumung der Nase kommt die Verwendung des Saugapparates noch bei der diphtherischen Otitis media nach der Parazentese in Betracht. Diese äußerst schmerzhafteste diphtherische Affektion, die die Kinder in kurzer Zeit sehr herabbringt, kann durch keine andere Methode so schonend und schnell behandelt werden. Den größten Vorteil bietet die Anwendung des Verfahrens bei tracheotomierten Kindern. Verf. bedient sich hier eines Gummischlauches, der etwa halb so dünn wie das Lumen der benutzten Kanüle ist und der mittels einer Augentropfpipette an das stärkere Rohr des Systems angeschlossen wird. Fast momentan wird die Kanüle von Schleim frei; verstopfen zähere Sekretmassen oder abgestoßene Membranfetzen die tieferen Teile der Luftröhre, so ist durch tieferes Einführen des Gummischlauches das Atemhindernis augenblicklich hinwegzuräumen. Das Kind wird dadurch in seinem Schlaf nicht gestört, sein Herz nicht durch lästiges Aushusten noch mehr in Anspruch genommen. Das Reinigen der Kanüle mit der Feder, die oft die

mühsam heraufbeförderten Massen wieder hinabstößt, zum Husten reizt und mindestens äußerst unappetitlich ist, fällt fort. Man kann sehr gut für längere Zeit, da ja die Einatemungsluft neben dem Gummiröhrchen herstreicht, das Röhrchen im Eingang der Kanüle liegen lassen, so daß sofort jeder Schleim bei seinem Auftauchen entfernt wird. Es fällt hierdurch das für Kind und Umgebung unangenehme Rasseln bei der Atmung fort.

(B. kl. W. 1919 Nr. 32.)

Die Durchschneidung des Nervus laryngeus superior als sicherste Anästhesierung des tuberkulösen Kehlkopfes und als Heilmittel der tuberkulösen Kehlkopfentzündung. Von Dr. P. Zencker in Cannstatt. Die Durchschneidung des Nervus laryngeus superior gehört als Maßnahme zur Bekämpfung des Schluckschmerzes bei Kehlkopftuberkulose an die erste Stelle unter allen gleichgerichteten Bestrebungen. Denn sie ermöglicht dem Kranken mit Heilungsaussichten seiner Lungenphthise die durchaus nötige Ueberernährung; sie nimmt dem Todeskandidaten die stärksten Qualen seiner letzten Lebenszeit. Der Eingriff stellt einen Heilungsvorgang selbst bei schwersten tuberkulös entzündlichen Kehlkopfveränderungen dar. Er ist somit besonders angezeigt bei Kranken mit Ausheilungsmöglichkeit der Lungentuberkulose. Die Operation hat kaum Gegenanzeigen. Weder von seiten des Arztes, da sie nicht schwierig ist, noch hinsichtlich unerwünschter Folgen beim Kranken, da solche nie beobachtet wurden.

(M. m. W. 1919 Nr. 41.)

Bei **Meteorismus** und spastischen Zuständen im Magendarmtrakt ist nach Prof. Dr. E. Hoke (Komotau) Kampfer sehr wirksam. Autor gibt vom Spirit. camphorat. mehrmals täglich 10 bis 25 Tropfen.

(W. kl. W. 1919 Nr. 33.)

Bei **Hämorrhoiden** soll nach Dr. Heise (Berlin) das „Recto-Serol“ der Firma Merz & Co, Frankfurt a. M., hervorragende Wirkung entfalten. Das Mittel ist aus Extract. Hamamelis fluid., Novokain und essigsaurer Tonerde zusammengesetzt.

(Allg. m. Ztg. 1919 Nr. 31.)

c) Ohrenkrankheiten.

Erfahrungen mit Opsonogen. Von Fendel (Breslau). Von der Chem. Fabrik Güstrow und durch verschiedene andere Veröffentlichungen aufmerksam gemacht, wurden auch an der Spezialabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke des Allerheiligen-

hospitals zu Breslau Versuche mit Opsonogen vorgenommen. Gerade bei Nasen- und besonders aber den häufigen primär oder auch im Anschluß an die Mittelohreiterung auftretenden Gehörgangsfurunkulosen ist wegen der meist heftigen Schmerzen eine möglichst rasche Heilung, zum mindesten Schmerzlinderung sehr erwünscht. Zu betonen ist, daß als ein wichtiger Faktor für frühe Heilungsmöglichkeit die frühzeitige Inangriffnahme der Furunkulose anzusehen ist. Alte, hartnäckige und immer wieder rezidivierende Furunkulosen bilden in dieser Hinsicht ein Gebiet für sich. Und dieser Gesichtspunkt dient auch den Erfahrungen, die an hiesiger Abteilung mit Opsonogen gemacht wurden. Die frühe Inangriffnahme frischer Furunkulosen mit Opsonogen hat im Gegensatz zur üblichen konservativen Behandlung (Alkoholtamponade, feuchte Umschläge, Ichthyolperugen) gute Resultate gezeitigt. Es wurden in kurzer Zeit rund 40 Fälle von Gehörgangsfurunkulosen mit und ebensoviele zum Vergleich ohne Opsonogen und in der sonst üblichen Weise behandelt. Diese Behandlung brauchte im Durchschnitt 11,5 Tage zur Heilung bzw. Schmerzlosigkeit, während eine solche mit Opsonogen nur 6,04 Tage dauerte. Herausgerückt wird die Durchschnittszahl der Behandlungstage in jedem Falle durch die alten, hartnäckig rezidivierenden Furunkulosen, bei denen auch trotz mehrfacher Opsonogeninjektionen nur bei einigen Fällen Erfolge erzielt wurden. Nachteile und Nebenwirkungen wurden — bis auf kurz nach der ersten Injektion auftretende Magenbeschwerden und Appetitlosigkeit zweier Patienten, die wohl andere Ursache haben — nicht gesehen. Was die Behandlungsmethode betrifft, so ist es ratsam, für Injektion (subkutan) bei Erwachsenen sofort mit hohen Dosen (500 Millionen Einheiten) zu beginnen und, wenn nötig, im Abstand von 2 bis 3 Tagen weitere 1000 Millionen als zweite und event. noch eine dritte Injektion folgen zu lassen. Mit kleinen Dosen wurden geringere Resultate erzielt. So kann man das Opsonogen bei richtiger Anwendung als therapeutisch wirksames Mittel speziell auch für die Gehörgangsfurunkulose warm empfehlen. Der Einwand, daß diese Fälle auch ohne Opsonogen schnell geheilt wären, ist beim Vergleich der Durchschnittsbehandlungszahl mit den unbehandelten Fällen nicht aufrechtzuerhalten. (M. m. W. 1919 Nr. 43.)

In Nr. 6 (1918) S. 186 der „Excerpta“ brachten wir eine otologische Behandlungsmethode. Wie aus einer Zuschrift des Ohrenarztes Herrn Dr. Bernd (Koblenz) an uns hervorgeht, ist diese Methode nicht nachahmenswert, sondern geeignet, großen Schaden anzurichten.

d) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Zur Therapie der Trichophytie-Erkrankungen. Von Dr. Wolfgang Löwenfeld (Aus der I. dermatologischen Abteilung der Allgemeinen Poliklinik in Wien). Bei einer größeren Anzahl (über 50) an Bartflechten Erkrankter verwendete Verf. bei gleichzeitiger Lokalthherapie Trichon in Form intrakutaner Injektionen, die in steigenden Dosen, je 1 ccm von Verdünnungen von 1 : 25 bis 1 : 5 verabreicht wurden. Für diese Behandlung wurden ausschließlich tiefe, knotige Formen der Sykosis parasitaria und auch furunkuloide Typen ausgewählt. Die Anzahl der Injektionen betrug je nach der Schwere der Erkrankung 3—15, der Abstand zwischen 2 Einspritzungen meist 3—4 Tage, immer wurde erst das Abklingen der Stichreaktion abgewartet. Die erzielten Heilresultate waren im allgemeinen recht gute. Daß durch derartige Vakzinetherapie die Dauer der Behandlung oft tatsächlich abgekürzt wird, muß in Uebereinstimmung mit vielen Autoren anerkannt werden, und von diesem Gesichtspunkt aus ist das Trichon ein wertvoller Faktor im Kampfe gegen die Bartflechte. Keineswegs läßt uns aber diese Heilmethode einer gleichzeitigen energischen Lokalbehandlung entraten, denn die Intensität der Wirkung schwankt in weiten Grenzen, rasche und dauernde Heilung sah Verf. eigentlich nur recht selten, bei dem größten Teil der so Behandelten zeigte sich wohl mehr oder weniger weitgehende Involution der Infiltrate und vergleichsweise gegen nur lokal behandelte Fälle Abkürzung der Behandlungsdauer, doch war gerade bei diesen Fällen trotz beträchtlichem Rückgang der Krankheitserscheinungen oft keine vollkommene Heilung auch durch fortgesetzte Injektionen zu erzielen. Gerade die so häufig bleibenden, ziemlich indolenten, restlichen, harten Infiltrate ließen sich durch weitere Trichonbehandlung in der Regel wenig oder gar nicht beeinflussen. Wenn auch solche kleinen, abgeflachten Restinfiltrate dem Patienten nur mehr geringe Beschwerden verursachen, ja dieser sich sogar oft für geheilt hält, so kann doch in allen derartigen Fällen von einer wirklichen Heilung keine Rede sein; sah Verf. doch nur zu häufig, wie gerade von solchen Ueberbleibseln Rezidive, akutes Wiederaufflammen der so hartnäckigen Krankheit ausgingen. Aus diesem Auftreten von neuen Ausbrüchen noch während oder erst nach Aussetzen der Vakzinetherapie sehen wir gleichzeitig, daß auch unter Trichonbehandlung wohl fast nie wirkliche Immunität eintritt, sondern nur eine mehr oder minder weitgehende allergische Umstimmung des Gewebes; manchmal aber kommt es anscheinend nicht einmal dazu, und einzelne Fälle verhielten sich gegen eine spezifische Therapie überhaupt refraktär.

Bei der Bekämpfung oberflächlicher Trichophytien ergab die äußere Anwendung einer konzentrierten Ammoniaklösung (Ammon. pur. liquid.) oft ausgezeichnete Erfolge. Besonders geeignet hierfür sind jene superfiziellen Formen, die entweder als typischer Herpes tonsurans an unbehaarten Körperstellen auftreten oder sich als zirzinäre und annuläre größere und kleinere Herde am Hals, im Gesicht oder auch im Bartbereich finden. Auch ekzematöse schuppige Plaques im Barte sind bei gleichzeitiger Epilation dieser Behandlung zugänglich, ungeeignet hingegen sind alle Formen, bei denen einmal der Follikularapparat ergriffen ist. Nach Aufpinseln von Ammoniak auf die erkrankte Partie tritt unmittelbar eine starke Hyperämie ein, später erfolgt rasche Eintrocknung oder auch leichte bräunliche Verschorfung der oberflächlichen Hautschichten, nach wenigen Tagen beginnt dann die Abschilferung der verätzten Hautpartien. 3—4 malige Applikation in Abständen von je 2 Tagen genügte häufig, um auch größere Herde zur Abheilung zu bringen, manchmal trat der gewünschte Effekt bereits nach 2 maliger Anwendung auf, bisweilen zeigten einzelne Scheiben auch größere Resistenz.

(Derm. Wschr. 1919 Nr. 39.)

Ueber die Grenzen der Abortivbehandlung der Syphilis schreibt Prof. Wilhelm Wechselsmann. (Aus der Dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin.) „Durch die Einführung des Salvarsans in die Syphilisbehandlung ist in vielen Fällen mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit eine Abortivheilung bei Primäraffekten erreicht, wenigstens soweit eine solche aus Fortbleiben sekundärer Symptome und der Wassermannschen Reaktion durch 1—2 Jahre, sowie aus der Reinfektion geschlossen werden kann. Von vornherein liegt die Annahme nahe, daß ein solcher Erfolg mehr oder weniger von dem Zeitpunkt abhängig sein dürfte, in welchem ein spirillozides Mittel, wie das Salvarsan, zur Anwendung gelangt, so zwar, daß die Sterilisation desto leichter erreichbar erscheint, je kürzere Zeit nach der Infektion es einverleibt wird. Im Verfolg dieser Anschauung glaubt Wassermann, daß jeder Syphilitiker zwei biologisch getrennte Stadien durchmacht; der biologische Markstein ist die Wassermannsche Reaktion. Wenn diese auftritt, sind die Spirochäten aus Blut- und Lymphbahn in die Gewebe eingedrungen und Gewebsbewohner geworden, in der Vorwassermannperiode sitzen sie in einem umschriebenen Gewebestück (Primäraffekt) und halten sich hauptsächlich in den Blut- und Lymphkapillaren auf. Zu einer reaktiven Tätigkeit der eigentlichen Körpergewebe auf die eingedrungenen Spirochäten ist es in diesem

Stadium noch nicht gekommen. Die restlose Vernichtung der Spirochäten gelingt in der Vorwassermannperiode bei Anwendung der spirilloziden Mittel fast regelmäßig, während dies im zweiten Stadium der Nachwassermannperiode nicht annähernd mit der gleichen Gewißheit zu erreichen ist. Gerade die Anhänger des Salvarsans müssen davor warnen, daß daraus der Schluß gezogen wird — den Wassermann nur bedingt zuläßt —, daß eine solche Sterilisation in der Vorwassermannperiode durch die Zufuhr zumal ungenügender Salvarsanmengen nun unbedingt gelingen müßte. Man muß sich vielmehr bewußt bleiben, daß die Verhältnisse der Durchseuchung des Körpers bei der Syphilis von Anfang an ganz verschieden sein können, so daß man für die Bedingungen der Heilung auch bei einem so hervorragenden Mittel, wie es das Salvarsan darstellt, sicher nur Regeln, aber keine Gesetze aufstellen kann. Folgende Beobachtungen (von Verf. und Dr. Eicke) beweisen, daß auch in der Vorwassermannperiode die Sterilisatio magna mißlingen kann.

1. Patient T., 37 Jahre. Letzter Verkehr am 9. Februar 1919, am 12. Februar Geschwür am Bändchen, auf die untere Eichelfläche übergreifend; keine deutlichen Drüsen am 18. Februar, Spirochäten + W. R. 0 mit 4facher Serummeng. 0. 19. Februar 0,3, 21. Februar 0,45, 24. Februar 0,45, 28. Februar 0,45 Neosalvarsan, W. R. —, Stern —. Gegen ärztlichen Rat ungeheilt entlassen. Im Juli 1919 stellte er sich bei Kollegen P i n k u s mit Erscheinungen sekundärer Syphilis vor. Es ergibt sich also, daß 4 Injektionen mit 0,3 bzw. 0,45 Neosalvarsan hier keineswegs zur Sterilisation genügten, trotzdem sie etwa 10 Tage (?) nach der Ansteckung vorgenommen wurden. Dies war auch bei der Entlassung mit ganz ungeheiltem Schanker vorausgesehen worden.

2. L., aufgenommen am 24. Februar 1918. Letzter Verkehr vor 14 Tagen in Charleroi, vorheriger im Dezember. Seit 6 Tagen wunde Stelle am Glied. Primäraffekt am inneren Vorhautblatt. 27. Februar 1918. W. R. negativ. Stern negativ. Spiroch. pall. +. 4,2 Natriumsalvarsan und 1 g Hydrarg. salicyl. 4. April 1918. W. R. —. Am 24. Juni W. R. + + + +, Stern + + + +. In der Zwischenzeit kein Geschlechtsverkehr. Nach 4,5 g Neosalvarsan und 1 g Hydrarg. salicyl. im September 1918 W. R. negativ. Es genügte also hier schon 14 Tage nach der Ansteckung in der Vorwassermannperiode eine ausgiebige kombinierte Kur nicht mehr, um ein serologisches Rezidiv nach 2½ Monaten zu verhüten.

3. Patient Kr., ein verheirateter Mann, kehrte 1918 aus dem Felde zurück; im Felde hatte er keinen Geschlechtsverkehr; nach der Rückkehr verkehrte er nur mit seiner Ehefrau. Diese zeigte

bei der Untersuchung am 15. April 1919 ein Leukoderm und W. R. + + + +, so daß man mit Sicherheit bei ihr eine Infektion in den letzten Monaten des Jahres 1918 annehmen kann. 16. Dezember 1918. Es besteht seit 8 Tagen eine schmierig belegte Wunde Stelle in der Kranzfurche; deutliche Verhärtung der Umgebung, geringe Inguinaldrüsenschwellung. W. R. 0 mit 4facher Serummenge 0, Stern 0. 14 \times 0,3 Salv. Natr. 24. Februar 1919. W. R. 0, Stern 0. 3. März nochmals 0,3 Salv. Natr. 14. April makulopapulöses Exanthem seit 8 Tagen, W. R. + + + +, Stern + + + +. 18. April, 28. April, 5. Mai, 20. Mai 1919 je 0,2 Silbersalvarsan ambulant. Da die letzte Einspritzung schlecht vertragen wurde, am 6. Juni, 20. Juni je 0,2 Sulfoxylat. Am 20. Juni waren am Hodensack neue Papeln aufgetreten, W. R. + + + +; am 30. Juni 0,2 Sulfoxylat, Papeln abgeheilt. Es waren also auch hier trotz ausgiebiger Salvarsananwendung in der Vorwassermannperiode Spirochätenherde der Vernichtung entgangen, ja es ist wahrscheinlich, daß hier salvarsanresistente Spirochätenstämme sich ausgebildet haben, welche nur durch sehr intensive Behandlung mit kräftigen Salvarsanpräparaten geheilt werden können. Die Vorstellung, daß die Syphilis im Anfang nur eine lokale Erkrankung sei, ist schon sehr alt; schon Jean de Vigo (1508) entfernte, auf ihr fußend, die venerischen Geschwüre chirurgisch, und seitdem ist die Exzision des Primäraffektes immer und immer wieder gemacht worden, in der Absicht, die Allgemeininfektion zu verhindern. Der Erfolg war zweifelhaft; sicher ging in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Syphilis ihren gewohnten Gang. Aber auch die Fälle, wo bei genügend langer Beobachtung keine Zeichen von Syphilis beobachtet wurden, stammen aus älterer Zeit, in der mangels Kenntnis der *Spirochaete pallida* weder die Diagnose des syphilitischen Primäraffektes sichergestellt werden konnte, noch eine Allgemeininfektion — ohne Erscheinungen auf der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten — durch negative Wassermannsche Reaktion mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit für ausgeschlossen angesehen werden konnte. Manche Erfahrungen bewiesen dagegen sicher, daß schon wenige Stunden nach dem infizierenden Beischlaf eine Allgemeindurchseuchung des Körpers stattfindet. Wie etwa in den bekannten Versuchen von Schimmelbusch nach der Impfung von Milzbrandbakterien in den Schwanz der Maus schon nach wenigen Minuten die Abtragung des Schwanzes nicht mehr imstande ist, die Allgemeininfektion zu verhindern, so ist auch die schon 5 Stunden nach dem Beischlaf ausgeführte ausgedehnte Exzision einer kleinen Erosion nicht mehr imstande gewesen, die Allgemeininfektion zu verhindern (Reiß). Ist gar schon ein Primäraffekt aufgetreten.

so muß man mit einer Allgemeininfektion sicher rechnen; Wolff berichtet über einen Patienten aus der Madelung'schen Klinik in Straßburg, der kurze Zeit nach Auftreten der Sklerose sich aus Verzweiflung mit dem Rasiermesser den Penis an der Wurzel abschnitt und doch syphilitisch wurde; Fournier berichtet von einem Studenten der Medizin, welcher mit einer Syphilitischen koitiert hatte. Die Eichel des jungen Mannes wurde täglich von Fournier sorgfältig untersucht. Erst am 24. Tage zeigt sich eine kleine Verletzung der Vorhaut, welche sofort in weitem Umkreise ausgeschnitten wurde; die Wunde heilte ohne Induration, aber die sekundäre Syphilis trat in der üblichen Weise auf. Wir wissen auch aus Autopsien, daß die Lymphdrüsen 6—9 Tage nach dem Auftreten des Schankers in der Leistengegend, ja bis zur Fossa iliaca hinauf erkrankt sind. Danach ist wohl die Annahme berechtigt, daß, wenn man erst einen Primäraffekt erkennen kann — und als solcher ist jede wundete Stelle, in welcher Spirochäten nachgewiesen sind, anzusprechen —, auch schon die Allgemeininfektion stattgefunden hat. Treffend sagt daher Gerber, die Initialsklerose ist sozusagen die Anmeldung eines Gastes, der schon längst in der betreffenden Wohnung sich befindet. Nun wissen wir aber noch durch die Feststellungen Eickes (Derm. Ztschr. Bd. 27 H. 6), daß der Zeitpunkt des Auftretens der Wassermannreaktion wesentlich von dem Sitz des Schankers abhängt; sie tritt am frühesten bei Schankern am Bändchen auf, erstmalig in der 3.—4. Woche, regelmäßig in der 5.—6. Woche. Bei den Primäraffekten der Eichel und am inneren Vorhautblatt ist dagegen der Eintritt der positiven Wassermannreaktion ein wesentlich verzögerter. Die anatomische Begründung hierfür liegt in der verschiedenen Gewebsbeschaffenheit und der verschiedenartigen Verteilung der Blut- und Lymphgefäße. Es ist aber anzunehmen, daß das erste Auftreten der Wassermann'schen Reaktion an ein bestimmtes Stadium des Primäraffektes geknüpft ist. Das syphilitische Infiltrat infarziert zunächst die Lymphspalten, was als eine Schutzvorrichtung gegen das Vordringen der Spirochäten anzusehen ist, wird alsdann durch neugebildete Kapillaren vaskularisiert; später tritt eine regressive Metamorphose ein, deren Produkte durch Resorption schwinden oder aber auch sekundär in ein Lymphgefäß durchbrechen (Ehrmann). Erst zu diesem Zeitpunkt tritt höchstwahrscheinlich die Wassermann'sche Reaktion im Blute auf. Es fällt nun den spezifischen Mitteln außer der Tötung der Spirochäten auch die Aufgabe zu, das syphilitische Infiltrat zum Verschwinden zu bringen; ja meistens ist dies die Vorbedingung, damit das spirillozide Mittel an die Spirochäten heran kann. Diese Aufgabe können aber die Mittel desto leichter erfüllen, je mehr

schon durch die natürlichen Heilkräfte des Körpers die syphilitischen Infiltrate ihrer Rückbildung entgegensehen. So sehen wir häufig, ja fast regelmäßig, daß junge, derbe Sklerosen und papulöse Syphilide durch eine Reihe von Quecksilber- oder Salvarsanspritzen gar nicht verändert werden und erst in einem späteren Zeitpunkt bei Fortsetzung derselben Behandlung plötzlich zur Rückbildung und Aufsaugung kommen. Es können also, so paradox es klingt, die Heilungsbedingungen für einen jungen Primäraffekt unter Umständen schwieriger sein, als für einen älteren. Dieselben Verhältnisse gelten aber für jede Ansiedlungsstätte von Spirochäten in den Geweben. Der Vorteil der frühen Salvarsanbehandlung besteht darin, daß die in der Blutbahn kreisenden Spirochäten leicht vernichtet werden, während die schon aus den Kapillaren in das Bindegewebe übergetretenen und durch einen Zellwall geschützten Spirochäten erst später den Heilmitteln genügende Angriffspunkte zu geben brauchen. Die klinische Beobachtung hat in früheren Zeiten die meisten Syphilidologen zu der Auffassung geführt, daß das Quecksilber seine Hauptwirksamkeit erst entfalten könnte, wenn schon sekundäre Symptome aufgetreten wären; hierin lag nach den obigen Ausführungen ein Körnchen Wahrheit, zumal in Rücksicht auf die geringe spirillozide Kraft des Quecksilbers. Bei der gewaltigen Ueberlegenheit des Salvarsans in dieser Hinsicht ist der Vorteil der frühen Behandlung einleuchtend und durch die Erfahrung überzeugend erwiesen. So ergaben auch die experimentellen Untersuchungen von Wechselmann und Arnheim¹⁾ über die Widerstandsfähigkeit lokaler Spirochätenherde gegenüber reiner Salvarsantherapie, daß 7 Primäraffekte nach reichlicher Salvarsanzufuhr so weit beeinflußt waren, daß sie, auf Kaninchen überimpft, nicht mehr angingen. Im Gegensatz dazu gaben drei von Fischl mit Quecksilber und ungenügend Salvarsan behandelte Fälle von Primäraffekt (zweimal) und Condylomata lata (einmal) bei der Impfung Durchwucherung der Kaninchenhoden mit Spirochäten. Immerhin können nach Sterilisierung des Primäraffektes durch Salvarsan im Innern des Körpers noch Syphilisherde bestehen, welche der Weiterentwicklung fähig sind, zumal wenn schon Wochen nach der Ansteckung verflossen sind, auch wenn die Wassermannsche Reaktion noch negativ ist. Man darf sich daher nicht verleiten lassen, in solchen Fällen nach Abheilung des Primäraffektes schon nach wenigen Einspritzungen mit der Behandlung aufzuhören oder gar eine Heilung ohne besonders häufige und genaue Kontrolle durch genügend lange Zeit (1—2 Jahre) anzunehmen. Erst so werden wir feststellen können,

¹⁾ D. m. W. 1914, Nr. 19.

welches das Mindestmaß von Salvarsan ist, um im Frühstadium eine sichere Sterilisation zu erreichen. Viel spricht dafür, daß gerade in diesen Frühstadien diejenigen Grundsätze, welche Ehrlich für die Sterilisatio magna nach seinen experimentellen Erfahrungen aufgestellt hat, die richtigen sind, und wir werden planmäßig erforschen müssen, ob nicht gerade in diesen Fällen höhere Einzeldosen nötig sind, um die Heilung mit einer einzigen Einspritzung oder einer Kur sicher und mehr oder weniger ausnahmslos zu erreichen.

(M. Kl. 1919 Nr. 34.)

e) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Chinin als Wehenmittel. Von Prof. Dr. C. Bucura (Wien). Verf. gibt ohne weiteres zu, daß seine persönliche Erfahrung von parenteraler Chinindarreichung zur Wehenerregung viel zu gering ist, um aus ihr irgendwelche bindenden und verallgemeinernden Schlüsse ziehen zu können. Er hat im ganzen derart sieben Fälle behandelt (1 intravenös, 6 intramuskulär), doch ist er mit der oralen Darreichung, ganz abgesehen von der absoluten Ungefährlichkeit derselben und dem Vermeiden jeglicher Unannehmlichkeit für die Patienten, so zufrieden in den Erfolgen, daß für ihn keine Veranlassung besteht, die Methode aufzugeben. Er gibt das Chinin stets erst, wenn ausgesprochene Geburtswehen eingesetzt haben. Versagt das Mittel bei der ersten Verabreichung vollständig, so forziert er den weiteren Wehenverlauf als zwecklos nicht. In der differentialdiagnostischen Bedeutung des Chinins für die Unterscheidung von Schwangerschafts- und Geburtswehen kann Verf. Schatz nur vollauf zustimmen. Verwendet man Chinin bei zu schwachen Wehen nur als wehenverstärkendes Mittel bei ausgesprochenen Geburtswehen rechtzeitig, so wird eine Wirkung kaum je ausbleiben und auch keine weitere Wehenschwäche den Geburtsverlauf stören. Verf. gibt je nach dem Fall 0,1—0,2 Chinin. hydrochlor. oder sulphuric. in einstündigen oder zweistündigen Pausen nach Bedarf bis zur Gesamtmenge von 1—1,5 g. Doch kommt es selten vor, 1 g zu verabfolgen oder gar 1 g zu übersteigen, um so weniger, als Verf. gegen Schluß der Entbindung mehr prophylaktisch meist noch ein Hypophysenpräparat gibt. Die Geburt verläuft, mit dieser Medikation geregelt, ohne Verzögerung. Seiner Ueberzeugung nach wird dadurch so mancher operative Eingriff vermieden, und die Nachgeburtsperiode derartig behandelter Fälle verläuft geradezu ideal; die Plazenta folgt recht bald bei minimalstem Blutverlust, und auch nach Abgang der Nachgeburt bleibt der Uterus dauernd gut kontrahiert. Eine später nur halbwegs irgendwie bedrohlich erscheinende Nachblutung hat Verf.

ebensowenig gesehen wie eine Schädigung des Kindes. Es wirkt zweifelsohne das Chinin lange Zeit nach; denn der Unterschied der Nachgeburtsperiode zwischen nicht behandelten und mit Chinin behandelten Fällen ist ein zu eklatanter. Ganze Versager bei Chinindarreichung hat Verf. eigentlich keinen gesehen, dafür sah er — allerdings ausnahmslos bei empfindlichen Individuen mit infantilen Stigmata — nicht gar zu selten auf Chinin die Wehen äußerst schmerzhaft und die Intervalle zwischen den Wehen recht kurz werden. In allen diesen Fällen half sich Verf. mit Verabfolgung von minimalsten Mengen Narkose *à la reine*; gleich nach der ersten Narkosedarreichung nahmen dann die Wehen trotz ihrer Verstärkung ganz normalen Charakter an. Wie schon hervorgehoben, gab Verf. Chinin immer nur zur Verstärkung abnorm kraftloser Geburtswehen; zur Einleitung der Geburt, Frühgeburt oder gar des Abortus, demnach bei ruhendem Uterus, hat er Chinin niemals gegeben; vielleicht ist dies der Grund, daß er keinen Mißerfolg zu verzeichnen hat. Allerdings schwankt die Intensitätszunahme der Wehen individuell ziemlich bedeutend; sie war aber immerhin stets ganz ausgesprochen und unzweideutig nachweisbar, sowohl im Vergleich der Wehen vor und nach der Chininverabfolgung, als auch in bezug auf das rasche Fortschreiten der unter Chininwirkung stehenden Geburt. Verf. bleibt der oralen Verabfolgung schon deshalb treu, weil er mit dem Erfolg zufrieden ist, gar keine Schädigung oder Störung der Patienten gesehen hat; aber auch deshalb, weil er sich immer theoretisch zurecht gelegt hatte, daß die Wirkung des Chinins zur Wehenverstärkung bei der oralen Methode eine andauerndere sein muß als bei der Injektionsmethode, da es wahrscheinlich schien, daß das Mittel bei der parenteralen Verabfolgung die Körpersäfte rascher verläßt als bei der oralen.

(Zbl. f. Gyn. 1919 Nr. 33.)

Der Freundsche Handgriff zur Entfernung retinierter Früchte in der Plazentarperiode. Von Dr. H. Fuchs (Danzig). Auf Grund einer etwa 20jährigen Erfahrung möchte Verf. einen Handgriff empfehlen, der anscheinend zuerst von H. Freund angegeben wurde. Er wird folgendermaßen ausgeführt: Nach Geburt der Plazenta und Entleerung der Blase dringen die Fingerspitzen einer Hand mit symphysenwärts gerichteter Volarfläche oberhalb der Haargrenze langsam in die Tiefe nach der Lendenwirbelsäule zu und gleichzeitig nach oben. Der Fruchthälter wird dadurch in der Isthmusgegend leicht komprimiert und unter Streckung der Korpus-Zervixachse nach oben verschoben. *Pari passu* gleiten dabei die Eihäute meist ohne weiteres aus dem Uterus in die Scheide und folgen über den Damm nach außen. Bei der gewöhnlichen Re-

tention der gelösten, aber am inneren Muttermund durch die Anteflexion eingeklemmten Eihäute gelingt es mit dem ersten Zugriff spielend, sie herauszubefördern, da mit der Aufhebung des Knickungswinkels das Hindernis für ihren Austritt fortfällt. Andere mechanische Momente kommen zur Wirkung, wenn es sich um die seltenere Adhärenz der Membranen handelt. Hier wirkt der Handgriff im wesentlichen durch den an zwei Seiten angreifenden, indirekten Zug an den Eihäuten, vermittelt durch die Elevation des Uterus einerseits, den Gegenzug, der von der geborenen Plazenta ausgeübt wird, andererseits. Vom Orte der Haftung der Eihäute dürfte es in der Hauptsache abhängen, ob man mit dem Eingriff schneller oder langsamer zum Ziele kommt. Haften die kurzen Eihäute, wie es nach dem häufigeren invertierten Modus des Plazentaaustrittes als die Regel zu betrachten ist, so lockern sich die Membranen unter dem beschriebenen Handgriff prompt und treten schnell zutage, zumal zu dem gekennzeichneten Zuge und Gegenzuge hier noch ein wirksamer Druck auf ihr Insertionsgebiet mit Verkleinerung ihrer Haftfläche hinzukommt. Handelt es sich dagegen um die seltenere Adhärenz der vom oberen Plazentarande oder von der seitlichen Begrenzung des Mutterkuchens abgehenden Eihäute, was aus dem nicht invertierten Austrittsmodus sowohl als aus der relativ dichten Annäherung der Plazenta an die Vulva geschlossen werden darf, so erfordert der Handgriff etwas mehr Geduld. Man muß ihn dann absatzweise, event. unter Gebrauch beider Hände, wiederholen und nötigenfalls die Angriffspunkte der Fingerspitzen höher nach oben an die vordere Korpuswand verlegen. Bei diesem Vorgehen ist Verf. die restlose Entfernung der Membranen fast ausnahmslos gelungen, ohne daß er auf die Jakobsche Eihauttorsion zurückzugreifen brauchte. Wo der Friendsche Handgriff versagt, kommt man auch mit der Aufrollung nicht zum Ziele, sondern muß zur Kornzange greifen. Als Verfahren der Wahl empfiehlt sich der Handgriff nicht nur der Verlässlichkeit halber, sondern auch aus Gründen der Asepsis. Je vollständiger man die Geburtsleitung von Eingriffen am Genitale befreien kann, um so besser wird es um die Wochenbettsmorbidität bestellt sein. Der Friendsche Handgriff bildet somit ein wertvolles Glied in der Kette der heute vielfach angestrebten extragenitalen Untersuchungs- und Entbindungsmaßnahmen. Das ist von besonderem Werte für die Praxis der Hebammen, die oft genug bei der Nachgeburtshilfe, die dem Besorgen des Kindes zu folgen pflegt, auf nochmalige Desinfektion der Hände verzichten oder sich mit einer Scheinaseptik begnügen. Es wäre daher sehr zu begrüßen, wenn diese Mitteilung dazu beitragen würde, den anscheinend in Vergessenheit geratenen Friendschen Handgriff

nicht nur in der Fachliteratur wieder einzubürgern, sondern ihn namentlich auch in den Hebammenlehrbüchern als Normalverfahren zur Entfernung haftender Eihäute Eingang zu verschaffen.

(Zbl. f. Gyn. 1919 Nr. 37.)

Neue Bücher.

Börners Reichs-Medizinal-Kalender (Leipzig, G. Thieme) ist so bekannt, daß dem 41. Jahrgang empfehlende Worte kaum beigegeben zu werden brauchen. Wie immer ist der außerordentlich reiche Inhalt des Hauptbuches und der beiden Beihefte verbessert und ergänzt worden; auch neue Aufsätze finden wir: „Chemotherapie“ von Kollé und Schloßberger, „Bekämpfung der Tuberkulose“ von Kibkalt, „Praktische Richtlinien für die Erkennung und häusliche Behandlung der Lungentuberkulose“ von Bacmeister. Der Kalender — dessen zweiter Band (Personalien) leider auch in diesem Jahr noch nicht erscheinen kann — wird sicher alle Kollegen durchaus befriedigen.

Sammlung klinischer Vorträge (Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig). Neu erschienen sind: Innere Medizin: Nr. 255: Bericht über die Malaria in der Türkei im Jahre 1916, von Prof. Dr. L. R. Müller, Nr. 763/67: Beiträge zur Kenntnis der toxischen Wirkung des Chlorkohlenoxydgases (Phosgens) von Prof. Richter, Nr. 770: Das anatomische und funktionelle Verhalten des menschlichen Eileiters nach Unterbindung zum Zweck der Verhinderung weiterer Schwangerschaften, von W. Zimmermann, Nr. 774: Eine Pockenepidemie des 18. Jahrhunderts, von Dr. Böing, Nr. 776: Speiseröhrenerweiterungen und Kardiospasmus im Röntgenlicht, von Dr. W. Bauermeister. — Chirurgie: Nr. 760/61: Die Diphtherie in ihrem geschichtlichen Aufbau bis auf den heutigen Standpunkt, von Dr. O. Hagedorn, Nr. 768/69: Welche Lehren können wir aus der Kriegschirurgie für die Wundbehandlung im Frieden ziehen? von Prof. Heller, Nr. 771/72: Zur operativen Behandlung der chronischen Pleuraempyeme, von Prof. Dr. Melchior, Nr. 775: Chirurgie am unterernährten und durch chronische Krankheiten geschwächten Körper, von St.-A. Dr. Brüning.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 6. — ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

29. Jahrgang

Nr. 6.

März 1920

Aetiologisches.

Ueber die bei Arbeitern chemischer Betriebe beobachteten Geschwülste des Harnapparates und deren Beziehungen zur allgemeinen Geschwulstpathogenese. Von Dr. Rudolf Oppenheimer, Frankfurt a. M.

1. Gewisse Substanzen (Benzidin, Anilin, Anilinfarben usw.) erzeugen Geschwülste des Epithels der Harnwege, vorwiegend der Blase. In anderen Organen wurden derartige Geschwülste nicht beobachtet; das Epithel der Harnwege zeigt somit eine spezifische biologische Affinität zu diesen geschwulsterzeugenden Substanzen bzw. ihren Umformeprodukten.

2. Die geschilderten Geschwülste traten nicht nur bei Arbeitern auf, sondern auch bei solchen Personen, welche in Nähe der fabrikatorischen Betriebe dauernden Aufenthalt nahmen (Angestellte).

3. Die Einwirkung der geschwulsterregenden Substanz dauerte 2—21 Jahre.

4. Die Entwicklung jeder Geschwulst nimmt eine lange Reihe von Jahren in Anspruch. Von Beginn der schädigenden Beschäftigung bis zum Auftreten der ersten Symptome lag ein Zeitraum von $9\frac{1}{3}$ bis 28 Jahren, im Durchschnitt 18 Jahre.

5. Nach Wegfall der äußeren Schädigung (Berufswechsel) trat die Geschwulstbildung 10—17 Jahre später in Erscheinung.

6. Die Geschwulstentwicklung geht somit weiter, auch wenn eine direkte Einwirkung der schädigenden Substanz nicht mehr besteht. Cessante causa, non cessat morbus.

7. Der Geschwulstentstehung geht ein jahrelanges Latenzstadium voraus, das weder lokale noch Allgemeinerscheinungen macht.

8. Verschiedene Substanzen können Geschwülste von gleichem Typus hervorrufen. Wahrscheinlich sind die äußeren Ursachen

einer Geschwulstgattung (beispielsweise des Karzinoms) überhaupt verschiedene.

9. Andererseits kann dieselbe Substanz — sogar gleichzeitig bei demselben Kranken — Geschwülste von verschiedenem Typus erzeugen.

10. Dauer und Intensität der schädigenden Substanz (Beschäftigungsart und -dauer) scheinen ohne Einfluß auf die zeitliche Geschwulstentstehung (Länge des Latenzstadiums).

11. Dauer und Intensität der schädigenden Substanz scheinen ohne Einfluß auf die Geschwulstart (Gut- oder Bösartigkeit).

12. Die Prognose bleibt für die auf chemischem Wege entstandenen Karzinome ungünstig, für die Papillome zweifelhaft.

(M. m. W. 1920 Nr. 1.)

Ueber die Beziehungen der Sklerodermie zu den Erkrankungen der endokrinen Drüsen. Von Dr. Walter Roesch. Es spricht vieles dafür, daß die Sklerodermie durch Funktionsstörungen der Drüsen mit innerer Sekretion hervorgerufen wird, wobei jedoch nicht nur eine Drüse allein von degenerativen oder proliferativen Veränderungen betroffen wird, sondern mehrere zugleich, wie in des Verf.s Falle z. B. die Thyreoidea und die Nebennieren. Wissen wir doch, daß diese Drüsen untereinander zusammenhängen und sich funktionell sehr nahestehen.

(D. m. W. 1919 Nr. 48.)

Infantiles Glaukom und exsudative Diathese. Ersteres steht nach Dr. Rohr (Univers.-Kinderklinik Halle) manchal mit letzterer in Zusammenhang, weshalb stets nach Manifestationen der exsudativen Diathese gefahndet werden sollte und diese event. zu behandeln ist, um auch das Glaukom günstig zu beeinflussen.

(M. m. W. 1919 Nr. 44.)

Diagnostisches.

Zur Bauchpalpation. Von Dr. Goldstein, Kattowitz. Bei der Unzuverlässigkeit der Perkussion in der Abdominaldiagnostik hat man von jeher der Palpation des Leibes den größeren Wert beigemessen. Immerhin stößt diese aus bekannten Gründen häufig auf solche Schwierigkeiten, daß man sichere Resultate nicht erzielen kann. Israel hat bereits einen Weg angegeben, um in der Tiefe liegende Organe, die bei Rückenlage sich der Betastung entziehen, zugänglich zu machen: die nach ihm benannte Seitenlage zur Palpation der Nieren. Das gleiche Verfahren wird bei der Palpation der Milz geübt, um durch Herüberfallen dieser Or-

gane nach medial und vorn leichter mit der tastenden Hand heranzugelangen. Immerhin läßt dieses Verfahren häufig im Stich, wo es sich um reflektorische Spannung der Bauchdecken handelt. Es gelingt da oft bei der schonendsten Palpation nicht, die Kontraktion der Bauchdecken zu vermeiden und die Organgrenzen zu fühlen. Besonders störend macht sich dieser Umstand in der rechten Bauchseite bemerkbar, wo durch Anspannung des Rectus häufig eine Inscriptio tendinea den unteren Leberrand vortäuscht. In diesen Fällen hat sich Verf. gut bewährt, den Patienten auf diejenige Seite zu legen, die man untersuchen will, also bei der Leberpalpation z. B. auf die rechte. Es ist erstaunlich, wie sich die Bauchdecken entspannen und man — selbst bei größerer Schmerzhaftigkeit und Bauchdeckenspannung — auch bei Fettleibigen mühelos in die Tiefe dringen und die Organe abgrenzen kann. Natürlich ist dabei zu berücksichtigen, daß die Organe lateralwärts fallen und also in dieser Lage weiter seitlich zu suchen sind. Besonders gut gelingt es durch diese Methode, Leber und rechte Niere gesondert zu tasten und krankhafte Veränderungen auf das eine oder andere Organ zu beziehen.

(M. Kl. 1919 Nr. 48.)

Ueber eine durch Frottieren erzeugte Hautreaktion bei Lungenkranken. Von Dr. Aladar v. Soós (Aus der III. Internen Medizinischen Universitätsklinik in Budapest). Bei der Untersuchung einer Reihe von leichteren und mittelschweren Lungenkranken (ca. 100), bei denen zuvor eine gründliche Abreibung nach einem Bade vorgenommen worden war, machte Verf. folgende Beobachtung. Während die Haut bei Gesunden nach einem solchen mechanischen Reiz innerhalb von 20—30 Sekunden wieder abblaßte, blieben bei Lungenkranken kleinere oder größere rote Flecke noch etwa 3 Minuten sichtbar. Die Vasomotoren der Haut reagierten offenbar verschiedenartig. Zur Prüfung reibt man mit einem zusammengeballten, groben Leinentuch oder Frottierhandschuh die Brusthaut sowie den Rücken unter mäßigem Druck 2—3 mal ab. Nach kurzer Zeit verschwindet die allgemeine Reaktion bis auf einige rote Herde. Diese finden sich am meisten über den Lungenspitzen, über der Gegend des Manubrium sterni, am Rücken zwischen den Schulterblättern und an der medialen Seite des Skapularwinkels. Auffallend häufig entsprachen die geröteten Stellen den feststellbaren Dämpfungen. Bei einseitigen Erkrankungen traten sie nur oder vorwiegend an der kranken Seite auf. Bei Reizungen der Pleura fehlten sie fast nie. Die Methode dient zur ersten Orientierung, ihre Nachprüfung wäre von Interesse.

(D. m. W. 1920 Nr. 1.)

Zur Röntgendiagnostik der Wirbeltuberkulose, besonders vor der Ausbildung eines nachweisbaren Gibbus. Von Sgalitzer (Wien). Die Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule hat in dorsoventraler und seitlicher Richtung zu erfolgen. Die ersten Anfänge des Einsinkens eines tuberkulös erkrankten Wirbels sind lange vor der Ausbildung eines palpablen Gibbus auf Seitenaufnahmen der Wirbelsäule erkennbar, ebenso sind von Bedeutung kleine Herde im Wirbelkörper und Verschmälerung der Intervertebralspalten. Die kleinsten röntgenologisch erkennbaren Konsumtionsherde besitzen Linsen- bis Erbsengröße. Kleinere Herde können eventuell aus dem Nachweis eines endothorakalen Abszesses erschlossen werden. (Mitt. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31 H. 4.)

Ein differentialdiagnostisch interessanter Fall von Leberechinokokkus mit Durchbruch in die Pleurahöhle. Von Sanitätsrat Dr. Reismann, Haspe (Westf.). Der 57jährige Berginvalid H. erkrankte im Oktober 1912 an einer Reihe von schweren Symptomen, die auf eine durch Gallensteinbildung hervorgerufene Erkrankung der Gallenwege schließen ließ. In Intervallen von 2—3 Tagen stellten sich heftige Kolikanfälle ein, die meist gegen Abend eintraten und oft bis zur Hälfte der Nacht anhielten. Die Untersuchung des Abdomens ergab außer schmerzhafter Druckempfindlichkeit in der Lebergegend nichts Besonderes. Nach einigen Monaten wurden die Schmerzen anhaltender, und es stellte sich Ikterus erst leichter, später schwerer Art ein. Der Patient wurde infolge mangelnder Nahrungszunahme so geschwächt, daß Verf. ihn im November desselben Jahres zu einer Operation bewegen konnte. Verf. beschränkte sich auf die Cholezystotomie. Erstaunt war er, daß nach Eröffnung der Gallenblase nur ganz kleine und wenige Konkrementen von dunkler Farbe vorgefunden wurden. Die Schleimhaut der Gallenblase war nicht entzündlich gereizt, die Abtastung der Gallengänge ergab nichts, was auf eine Steineinklemmung schließen ließ. Auch der freiliegende Leberrand war nicht wesentlich verändert. Die Operation erfolgte am 12. November, am 7. Dezember wurde Patient mit einer Gallenfistel aus dem Krankenhaus entlassen. Nach 14 Tagen war letztere verheilt. H. erholte sich langsam. Verf. hatte die Freude, Ikterus und Kolik gehoben zu sehen, aber nicht die Freude an einer rasch sich vollziehenden Kräftigung des Körpers. Patient blieb, obwohl die Nahrungszunahme sich gebessert hatte, schwächlich, und es mißfiel der krankhafte Gesichtsausdruck. Im April 1913 erkrankte H. mit heftigen Symptomen einer Affektion der Atmungsorgane. Schmerzen in der rechten Brusthälfte, Atemnot, quälender Husten mit Schleimauswurf, Fiebertemperatur und Frostanfälle bedingten die Wieder-

aufnahme der Behandlung. Der Untersuchungsbefund schloß Pneumonie aus. Absolute Dämpfung an der rechten Hälfte des Thorax berechtigte die Annahme des Vorhandenseins eines pleuritischen Ergusses. H. wurde im Krankenhause mehrere Male punktiert, aber ohne Resultat. Endlich gelang es mit Hilfe einer sehr breiten Kanüle, etwas Eiter dem Pleuraraum zu entnehmen. Gestützt auf diesen Befund, hatte Verf. sofort der Punktion die Rippenresektion und die Eröffnung des Pleurasackes angeschlossen. Bei der Eröffnung des Rippenfelles war er sehr überrascht. Es entleerten sich mit einer großen Menge übelriechenden Eiters zahllose Echinokokkenblasen, welche in der Größe zwischen Hühnerei und kleiner Erbse schwankten. Die Entleerung war so ausgiebig, daß sich wohl $\frac{1}{3}$ Operationseimer füllte. Es kam nicht zur völligen Ausheilung. Viele Wochen entleerte sich noch Eiter, dem hin und wieder Blasen beigemischt waren. Am 22. Juni 1913 starb H. gänzlich erschöpft. Verf. mußte sich sagen, daß die kleinen Steine der Gallenblase nicht die Kolikanfälle im Herbst des vorhergehenden Jahres hervorgerufen hatten, daß vielmehr ein Echinokokkus des rechten Leberlappens die Ursache gewesen, der allerdings nicht so groß war, daß er bei der Operation als dominierende Geschwulst erkannt werden konnte. Und dennoch muß er zu Kompression der Gallengänge, Stauungsschmerz und Ikterus geführt haben. Er ist also für die Erklärung der Leberkoliken von ätiologischer Bedeutung, daß nicht nur die Verstopfung der großen Gallengänge, sondern auch partielle Gallenstauung Schmerzenanfälle hervorrufen kann. Vermutlich ist nach der ersten Operation ein schnelles Wachstum des Echinokokkussackes im Parenchym des rechten Leberlappens eingetreten und im April des folgenden Jahres die Ruptur in den rechten Pleuraraum erfolgt, wo es zur Bildung zahlloser Tochterblasen gekommen ist.

(M. m. W. 1919 Nr. 49.)

Prognostisches.

Ueber die Beziehungen zwischen Grippe und Tuberkulose.
 Von Dr. J. E. Kayser-Petersen (Aus der Medizinischen Klinik am Hospital zum heiligen Geist, Frankfurt a. Main).

1. Bei bestehender Lungentuberkulose hängt nach des Verf.s mit der Mehrzahl der veröffentlichten Berichte übereinstimmenden Erfahrungen der Verlauf der Grippe in hohem Maße von dem Grad der tuberkulösen Erkrankung ab; beginnende Spitzenprozesse und gutartige zirrhothische Fälle bleiben im allgemeinen unbeeinflusst, während bei schweren Fällen eine verhängnisvolle Wendung einzutreten pflegt. Verf. beobachtete jedoch einen Fall von Spitzen-

tuberkulose, bei dem, gleichzeitig mit einer Grippepneumonie, eine kleinknotige Aussaat von Tuberkeln auftrat und zum Tode führte.

2. Neuerkrankungen an Lungentuberkulose, d. h. Manifestwerden latenter, vorher nicht nachweisbarer Tuberkulose, kommt nach Grippe vor. Die physikalische Untersuchung und vor allem das Röntgenbild lassen in unseren Fällen eine bemerkenswerte zentrale Lokalisation deutlich erkennen. Diese Tatsache ist darauf zurückzuführen, daß die Grippe mit einer erheblichen Anschwellung der mediastinalen Lymphdrüsen einhergeht, die noch längere Zeit anhalten kann und die einen Locus minoris resistentiae für die Ansiedelung bezw. Ausbreitung der Tuberkulose bildet. Es besteht hier eine Analogie zu den ähnlichen Verhältnissen bei Masern.

3. Verf. beobachtete einen Fall von chronischer Pneumonie, der mit höchster Wahrscheinlichkeit als Grippefolge anzusehen ist.
(M. m. W. 1919 Nr. 44.)

Grippe und Lungentuberkulose. Von Dr. Schulte-Tiggles. (Aus der Heilstätte Rheinland). Zusammenfassend kann man sagen: 1. Ein besonderes Verschontwerden der Lungenkranken von Grippe ist bisher nicht erwiesen. 2. Beim Zusammentreffen von Grippe und Lungentuberkulose hängt die Morbidität und Mortalität und der Prozentsatz der dauernden Verschlimmerungen vor allem von dem Charakter der Einzelepidemien ab und ist deshalb sehr verschieden. 3. Maßgebend für die Gefahr der Verschlimmerung der vorliegenden Tuberkulose ist die Ausdehnung und Art derselben. Frische ausgedehnte, knotig-pneumonische, geschwürige und zerstreutherdige Prozesse sind besonders gefährdet. 4. Die Grippeepidemien der jüngsten Zeit verschulden in vielen Fällen Tuberkuloserezidive, in einer geringeren Zahl auch Neuerkrankungen, eine Erfahrung, wie sie ebenso bei den Influenzamassenerkrankungen der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts gemacht wurde.
(M. Kl. 1919 Nr. 40.)

Grippe und Gravidität. Von Dr. E. J. Schmitz (Aus der Medizinischen Universitätsklinik in Frankfurt a. M.). Die Prognose der Grippe in der Schwangerschaft ist äußerst ungünstig. Von 37 graviden Frauen starben 17, d. h. 45,9 %. Die Sterblichkeit bei den nichtgraviden Frauen betrug 12,5 %. Eine Erklärungsmöglichkeit für diesen ungünstigen Verlauf der Grippe ist neben der Veränderung des Atemmechanismus und der Erschwerung des Kreislaufs in der physiologischen Schwellung der Schleimhaut der Respirationsorgane in der Schwangerschaft gegeben.

(D. m. W. 1919 Nr. 48.)

Ein sicheres Vorzeichen des Todes. Von Dr. Otto Rüdel. Verf. fand, daß es nur ein sicheres Symptom gibt, um den Tod vorhersagen zu können; nämlich das Verhalten der Expirationsluft. Die Ausatemungsluft nimmt nämlich vor dem Tod bei vielen Menschen einen ausgesprochenen Leichengeruch an. Um das zu konstatieren, läßt Verf. den Patienten mit offenem Mund tief atmen, beugt sich über die Brust, wie zur Auskultation, um so dem Munde des Kranken möglichst nahe zu sein. Hierbei konnte er häufig diesen spezifischen Geruch feststellen. Er ist jedoch so gering, daß man ihn schon in $\frac{1}{2}$ m Entfernung kaum mehr wahrnimmt. Er ist auch nicht zu verspüren bei der Inspiration. Die Kranken selbst bemerken ihn meistens nicht; nur einmal klagte ein Patient, daß er einen eigentümlichen, unangenehmen Geruch verspüre. Zweifellos ist darauf auch die öfters gemachte Erfahrung zurückzuführen, daß Hunde sich von ihrem sterbenden Herrn abwandten. Eine nähere Beschreibung dieses Geruches ist wie bei allen Gerüchen ungemein schwierig. Am besten vergleicht man ihn mit dem Geruch von frischen Leichen. Es ist schwer, nach verwandten Riechstoffen zu suchen; Schwefelwasserstoff und frischer Kalk erinnern ungefähr daran. Getäuscht wurde Verf. nur einmal, als der Patient reichlich frische Milch getrunken hatte und die Milchreste noch mehrere Stunden später im Munde zu sehen waren. Offenbar handelt es sich bei der Zersetzung der Milchreste im Munde um einen ähnlichen Prozeß, wie er im agonalen Zustand des Lungengewebes eintritt. Die Zeitdauer, die von der ersten Beobachtung bis zum Tode verstreicht, schwankt von einigen Stunden bis zu etwa anderthalb Tagen. Leider hat dieses Charakteristikum des Todes einen Nachteil; es tritt nämlich nicht bei allen Sterbenden auf, so daß also auch hier wie bei so vielen Merkmalen nur der positive Befund einen Wert besitzt. Einen Grund hierfür konnte Verf. nicht in Erfahrung bringen. Ebenso wenig konnte er finden, daß es nur bei bestimmten Krankheiten oder bei bestimmten Patiententypen angetroffen würde; doch scheinen eiternde Prozesse bevorzugt zu sein. Verf. fand es bei körperlich kräftigen und widerstandsfähigen Menschen, die an tuberkulöser Meningitis oder Perityphlitis zugrunde gingen, und vermißte es manchmal gerade bei lange dauernden Agonen noch 12 Stunden vor dem Tod. Man kann demnach als Regel aufstellen: Ist das Symptom vorhanden, so tritt der Tod mit absoluter Sicherheit innerhalb der nächsten 48 Stunden ein, selbst dann, wenn der Patient sich scheinbar wohl befindet und Puls und Temperatur sich nicht ungünstig verhalten. Fehlt das Zeichen, so ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine direkte Lebensgefahr für die nächsten 6—10 Stunden ausgeschlossen. (M. m. W. 1919 Nr. 49.)

Komplikationen und Nachkrankheiten.

Ueber Heiserkeit nach Röntgenbestrahlung am Halse. Von Dr. Otto Hahn (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau). Als in den Jahren 1910—1912 die Röntgenbehandlung der tuberkulösen Lymphome des Halses die operative Therapie immer mehr zu verdrängen begann, machte man nur zu bald die unangenehme Entdeckung, daß die durch die Methode gewonnenen Vorteile in vielen Fällen mit physiologischen Schädigungen erkauft worden waren. Eine große Anzahl von Patienten, die wegen Halslymphomen bestrahlt worden waren, klagte über Trockenheit im Munde, die in den extremsten Fällen so stark ausgeprägt war, daß die Kranken nicht mehr imstande waren, auch nur einen Bissen ohne gleichzeitige Flüssigkeitsaufnahme hinunter zu schlucken. Mit der Zeit hat man gelernt, diese Schädigungen zu vermeiden oder doch wenigstens soweit einzuschränken, daß unangenehme Folgen für die Patienten vermieden werden. Heute, wo in der Röntgentherapie die Tendenz besteht, mit immer härteren und intensiveren Strahlen zu arbeiten, ist es sicherlich von Allgemeininteresse, auf eine andere Nebenwirkung hinzuweisen, die Verf. bei der Strahlenbehandlung tuberkulöser Lymphome in mehreren Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte und deren Ursache wohl in der Strahlenqualität zu suchen ist. Im März und April dieses Jahres hat Verf. versuchsweise die Strahlendosis in der Behandlung tuberkulöser Halslymphome erhöht, d. h. er gab alle 4 Wochen mit dem Apexinstrumentarium von Reiniger, Gebbert & Schall und der Müller-Siederöhre durch 3 mm dickes Aluminium eine Strahlendosis, die etwas über $\frac{3}{4}$ der toxischen Hautdosis betrug. Im Laufe der nächsten Wochen fiel nun auf, daß von den auf diese Weise bestrahlten Patienten eine größere Anzahl heiser wurde. Die äußere Haut blieb vollkommen reaktionslos, weshalb Verf. die Heiserkeit zunächst nicht mit der Bestrahlung in Zusammenhang brachte. Als die Fälle sich mehrten, überwies er einen der typischsten in die hiesige Halsklinik, wo er von Prof. Hinsberg untersucht wurde. Dieser fand ein glasiges, durchsichtiges Oedem der Aryknorpel, das auf die Ligamenta ary-epiglottica übergriff. Nach seiner Ansicht war die Affektion als Bestrahlungsreaktion aufzufassen; gleichzeitig mahnte er, bei weiteren Bestrahlungen wegen Gefahr eines womöglich auftretenden Glottisödems zur Vorsicht. Unter den übrigen Patienten fanden sich einzelne luetische bzw. tuberkulöse Larynxveränderungen als Ursache für die Heiserkeit, sowie ein Fall von Laryngitis chronica, die auf eine Caries dentium zurückgeführt wurde. Die Mehrzahl aber zeigte die von dem Spezialisten als Bestrahlungsreaktion gedeuteten Veränderungen.

Besonders charakteristisch für alle Fälle war der Umstand, daß die Erscheinung jeglicher Behandlung trotzte, mehrere Wochen lang anhielt, um dann spontan wieder zu verschwinden. Eine Erklärung für das Auftreten der Heiserkeit fand Verf. rasch, nachdem er festgestellt hatte, daß alle Patienten, die an ihr erkrankt waren, tuberkulöse Lymphome an beiden Seiten des Halses hatten und deshalb in einer Sitzung doppelseitig bestrahlt worden waren, so daß angenommen werden mußte, daß die Erkrankung durch Summation der von rechts und links einfallenden, hart gefilterten Strahlen bedingt wurde. Verf. hat in der folgenden Zeit nicht mehr alle 4 Wochen doppelseitig, sondern alle 14 Tage abwechselnd bald die rechte, bald die linke Seite bestrahlt, und hat, obwohl er die Dosis beibehielt, seitdem keinen Fall von Heiserkeit mehr beobachtet. Was lehrt uns diese Reaktion für die Zukunft? In der Behandlung der tuberkulösen Lymphome wird sie uns von der Strahlentherapie nicht zurückhalten, zumal aus der neueren Literatur durchweg zu entnehmen ist, daß sehr hohe Dosen mit sehr harten Röhren infolge des durch sie bedingten starken Reizes zur Bindegewebsneubildung erheblich unzweckmäßiger sind, als weniger intensive Bestrahlungen, eine Beobachtung die Verf. nach seinen jüngsten Erfahrungen nur bestätigen kann. Von weittragender Bedeutung ist die mitgeteilte Reaktion aber sicherlich für die Röntgenbehandlung der Larynxtumoren, vor allem für die Therapie des Larynxkarzinoms. Sie setzt dieser Behandlung eine recht unliebsame Grenze. Hier müssen wir ja, wenn wir nicht durch Applikation von Reizdosen schaden wollen, sehr intensiv bestrahlen, sicherlich erheblich intensiver als bei der Behandlung tuberkulöser Lymphome. Es sind ja auch schon bei Besprechungen der neuen Intensivapparate Befürchtungen aufgetaucht in der Richtung, daß bei doppelseitiger Bestrahlung die gegenüberliegende Haut am Halse geschädigt werden könne. Wie die geschilderten Beobachtungen lehren, wird jedoch schon vorher die Schleimhaut des Larynx angegriffen, und zwar, wenn wir an die Gefahr eines Glottisödems denken, so erheblich, daß die Applikation einer therapeutischen Karzinomdosis entschieden als bedenklich bezeichnet werden muß.

(Zbl. f. Chir. 1919 Nr. 36.)

Ueber Dyspepsie nach Grippe. Von Dr. Gustav Deusch (Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik zu Rostock). Zusammenfassung: 1. Im Anschluß an die letzte Grippeepidemie wurden bei einer Reihe von Patienten Dyspepsien, die sich meist monatelang hinzogen, beobachtet. 2. Die Ursache dieser Dyspepsien ist in einer Hyperästhesie der Magenschleimhaut zu sehen, die auf einer Schädigung sensibler Nervenendigungen in der Magen-

schleimhaut durch das Grippetoxin beruht. 3. Störungen der motorischen Funktion scheinen selten zu sein; dagegen verlief die Mehrzahl der Fälle mit Störungen der Magensekretion; vorwiegend bestand Sub- oder Anazidität, als deren Ursache eine toxische Schädigung des Vagus anzunehmen ist.

(M. Kl. 1919 Nr. 46.)

Ausgedehntes Hautemphysem bei Grippe sah Prof. A. Schwenkenbecher (Frankfurt a. M.) dreimal, bei 2 Erwachsenen und 1 Kinde, die an Tracheitis litten, bronchopneumonische Herde aufwiesen usw. Mehr oder weniger ausgedehntes Unterhautemphysem konnte man während des Krieges bei Frischverwundeten nicht selten sehen. In einem Teil dieser Fälle war Luft oder Gas durch das Trauma von außen in das eröffnete Zellgewebe hineingepreßt worden; in anderen Fällen — es ist die Mehrzahl — handelte es sich um eine gleichzeitige Verletzung lufthaltiger Organe — meist der oberen Luftwege bzw. der Lunge — und des Unterhautzellgewebes, in das dann durch den Atmungsvorgang die Luft gewissermaßen hineingepumpt wurde. Gegenüber diesen häufigeren, aber mehr den Chirurgen angehenden Formen des Subkutanemphysems verschwinden fast ganz an Häufigkeit jene Fälle, die sich im Gefolge einer inneren Erkrankung der Lungen bzw. der oberen Luftwege einstellen. Auch hier muß es zu einer, wenn auch noch so kleinen, Verletzung kommen, zu einem Riß des Organs, der die Luft in das eröffnete Bindegewebe eintreten läßt. Befindet sich diese Organruptur in der Lunge, so kommt es zunächst zu einem interstitiellen oder auch einem subpleuralen Emphysem, das sich in der Regel den Bronchien bzw. unter der Pleura entlang bis zum Lungenhilus und in das Mediastinum fortsetzt. Die im Mediastinum sich sammelnde Luft tritt im Jugulum unter der Haut des Halses hervor und verbreitet sich von hier aus über einen mehr weniger großen Teil der oberen Körperhälfte (Hals, Kopf, Brust, Rücken). Solche Fälle von Unterhautemphysem im Anschluß an Erkrankungen der Atmungsorgane sind recht selten, die meisten von ihnen betreffen Kinder, die an Pneumonie, Tracheobronchitis, Keuchhusten, Krupp, Tuberkulose leiden. Wahrscheinlich entsteht infolge heftiger Hustenanfälle bei Kindern leichter als bei Erwachsenen eine Ruptur des relativ zarten Lungengewebes. Wenn man an den entsetzlich quälenden, heftigen Reizhusten der Grippekranken denkt, und wenn man sich dabei gleichzeitig die schweren anatomischen Veränderungen und Zerstörungen der Respirationsschleimhaut vergegenwärtigt, die für die Influenza geradezu charakteristisch sind, so ist es auffallend, daß bei den letzten beiden großen Epidemien

das Subkutanemphysem nicht als Komplikation der Grippe erwähnt wird. Wahrscheinlich kommen für den Einriß eines feinen Bronchus oder die Berstung von Alveolen und das Einwandern von Luft in die Lungeninterstitien außer den erwähnten, in die Augen springenden, mechanischen Faktoren noch andere erworbene oder angeborene Gewebeeigenschaften in Betracht. So berichtet Gaillard von 3 Schwestern, die sämtlich im Verlaufe von Erkrankungen des Respirationstraktus ein Hautemphysem bekamen.

(M. m. W. 1919 Nr. 47.)

Toxikologisches.

Zur Frage der Vergiftung mit Ol. Chenopodii anthelminthici bei Wurmkuren im Kindesalter. Von Prof. Dr. Hermann Brüning (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Rostock). Die beobachteten Fälle beruhen auf Verfälschungen des amerikanischen Oeles. Man wird gut tun, nur das Präparat einer Firma zu verwenden, welche in der Fabrikation ätherischer Oele Weltruf besitzt; man wird ferner darauf bedacht sein müssen, dieses Mittel in geringster wirksamer Dosis zu verabreichen, und endlich sorgen müssen, daß es nicht länger im Körper des Kranken verweilt, als zur Erzielung eines prompten Erfolges nötig ist. Von diesen Gesichtspunkten aus sei betont, daß eine Spulwurmkur mit dem amerikanischen Wurmsamenöl folgendermaßen bei Kindern durchgeführt werden soll: Morgens um 7 Uhr kleines erstes Frühstück (eine Tasse Milch oder Milchkaffee mit einer Semmel oder einem Butterbrot); um 8 und 9 Uhr je so viele Tropfen Ol. Chenopodii, als das Kind Jahre zählt, jedoch nicht über zehn Tropfen pro Dosis, und zwar auf ein Stückchen Zucker oder in Milch verführt. Um 11 Uhr ein reichlich bemessenes Abführmittel, am besten 10—20—30 g Rizinusöl je nach dem Alter des Kindes, oder eine entsprechende Dosis Pulv. Liquirit. comp. oder Pulv. Magnes. c. Rheo. Erfolgt auf diese Weise bis um 2 Uhr nachmittags keine ordentliche Stuhlentleerung, so wird eine entsprechende Menge des Laxans noch einmal verabreicht. Hiermit ist die Kur beendet. Wer das ätherische Ol. Chenopodii in Tropfenform nicht verwenden will, dem steht das von Verf. schon früher empfohlene Wermolin (Emuls. Ol. Chenopodii) der Deutschen Wermolinwerke in Berlin wieder zur Verfügung. Inwieweit andere auf dem Markt auftauchende Chenopodiumölpräparate den von ihnen erwarteten Zweck erfüllen, sei hier nicht weiter erörtert. Nur ein neuerdings in den Handel gebrachtes Wurmmittel, in welchem als wirksame Substanz Wurmsamenöl enthalten sein soll, sei zum Schlusse noch ganz kurz erwähnt. Es handelt sich um die sogenannten Vialonga-

perlen der Firma Schnell-Düren, von denen Verf. ein größeres Versuchsquantum zugeschickt wurde. Nach Mitteilung des Fabrikanten enthalten die Proben Ol. Chenopod. Baltimor, Santonin und Betanol (Phenolderivat), Substanzen, deren Wirksamkeit an der Brutstätte der Oxyuren und Askariden durch die darmlöslichen Kapseln gewährleistet sein soll. Was nun diese Proben anlangt, so fiel schon auf den ersten Blick die Ungleichheit der in den Schachteln enthaltenen braunen, durchsichtigen Perlen auf; ihr Gewicht schwankte gefüllt zwischen 0,12 und 0,28 g, und ihr Inhalt zwischen 0,015 und 0,07 g. Ferner ergab sich beim Öffnen der Perlen ein Geruch, der absolut nicht an den des amerikanischen Wurmsamenöls, wohl aber an denjenigen von Terpentin, Naphthalin und Kampher erinnerte. Wenn somit bei den in Rede stehenden Wurmproben schon der Verdacht besteht, daß echtes Wurmsamenöl nicht zu ihrer Füllung benutzt worden ist, so ist andererseits ihre Herstellung und damit auch ihr Inhalt derartig ungenau, daß ihre Verabreichung schon aus diesen Gründen dem gewissenhaften Arzte nicht zugemutet werden kann. Dazu kommt schließlich noch die Tatsache, die Verf. einwandfrei feststellen konnte, daß die Duratolkapseln sich im Magendarmtraktus überhaupt nicht auflösten, sondern unverändert mit den Stuhlentleerungen von den Kindern wieder ausgeschieden wurden, eine Erfahrung, die Verf. veranlaßt hat, vorläufig wenigstens von der Verabreichung an Kinder überhaupt Abstand zu nehmen.

(M. Kl. 1919 Nr. 47.)

Ueber Nirvanolvergiftung. Von Dr. phil. et med. Charlotte Jacob (Aus der Universitäts-Nervenlinik in Königsberg). Der Verlauf der Erkrankung, individuell sehr verschieden, war im großen und ganzen folgender: Kurze Zeit nach Beginn der Nirvanolmedikation brach unter zum Teil hohem Fieber (bis zu 40 °) ein Exanthem aus, welches nach mehreren Tagen mit Absinken der Temperatur wieder verblaßte, manchmal jedoch noch längere Zeit nach der Entfieberung bestehen blieb. Charakteristisch für die Erkrankung war, daß die Patienten durchweg zwei Tage vor Auftreten des Ausschlages ein merkwürdig gedunsenes, bläulich-rot verfärbtes Gesicht bekamen. Besonders die Augenlider und die Gegend des Mundes (Lippen) waren stark ödematös. Dieser Anblick war so auffallend und dazu so typisch, daß man aus diesem „Nirvanolgesicht“ das kommende Exanthem mit Sicherheit voraussagen konnte. Die Temperatur trat meistens schon einige Tage vor Sichtbarwerden des Ausschlages auf und war von wechselnder Höhe. Während sie einmal nur einen vorübergehenden Anstieg auf 37,5° zeigte, ging sie in einem anderen Falle auf

40° in die Höhe und machte dadurch den Zustand der Patientin beinahe bedrohlich. Der Beginn des Exanthems war verschieden, es begann einmal an Brust und Armen, ein andermal an den Beinen, um sich dann meistens diffus über den ganzen Körper auszubreiten. Durchweg zeigte sich eine starke Beteiligung der Extremitäten, besonders ihrer Streckseiten. Auch das Aussehen des Exanthems war ganz verschieden, großfleckig bis kleinfleckig, oft mehr masern-, oft mehr scharlachähnlich, manchmal Quaddeln bildend wie bei Urtikaria, die dann in großer Ausdehnung konfluieren. Es kam vor, daß der Ausschlag bei ein und derselben Kranken an verschiedenen Körperstellen verschiedenen Charakter hatte, auch daß er sein Aussehen im Verlaufe der Erkrankung änderte. Ein für eines der akuten Exantheme typisches Bild bot er nicht dar. Zweimal sah Verf. nach Abblassen desselben eine feine, glänzende, längere Zeit anhaltende Schuppung auftreten. Ein besonders starker Juckreiz wurde nicht beobachtet. Eiweiß im Urin hat Verf. nie gefunden, auch nur einmal leichte, schnell verschwindende Oedeme der Extremitäten, wie sie auch Majerus beschreibt. Der Verlauf der Erkrankung war durchweg nicht lebensbedrohend. Von den sechs ungefähr innerhalb eines Monats beobachteten Fällen waren drei leichter, drei schwerer Art. Am schwersten war der Verlauf eines Falles, bei dem die Patientin etwa fünf Tage nach dem Verschwinden des ersten Exanthems ein zweites bekam, welches unter hohem Fieber ungefähr 14 Tage bestehen blieb. Was die praktische Seite der gemachten Erfahrungen anbelangt, so ist Folgendes zu sagen: Obwohl nach Verf.s Erfahrungen kein Anhaltspunkt dafür vorliegt, daß die durch Nirvanol hervorgerufenen Schädigungen einen ernsten oder gar lebensbedrohenden Charakter annehmen könnten, so ist doch immerhin allein schon das hohe Fieber bei älteren Leuten so schädigend, daß Verf. von einem längeren, fortlaufenden Gebrauch abraten muß; besonders und vor allem auch deshalb, weil das Nirvanol keine Eigenschaft aufzuweisen hat, welches es den anderen Schlafmitteln überlegen erscheinen läßt. Notwendig aber ist es, das Nirvanol dem freien Handel zu entziehen.

(D. m. W. 1919 Nr. 48.)

Schwerer Kollaps bei einem jugendlichen Patienten nach subkutaner Injektion von Asthmolysin. Von Dr. H. Strube-Berlin. Zur Kupierung eines schweren Anfalls von Bronchialasthma bei einem 23jährigen Kranken wurde erstmalig 1 ccm Asthmolysin subkutan einverleibt. Wenige Minuten nach der Injektion verfiel der Patient in einen tiefen Kollaps, der sich äußerte in Erbrechen, flatterndem, kaum zu fühlendem Puls, starkem

Schweißausbruch und Bewußtlosigkeit. Nach etwa 5 Minuten besserte sich das Allgemeinbefinden, die Haut rötete sich, Herzaktion und Atemtätigkeit wurden normal, nach etwa 10 Minuten war der Kollaps überwunden. Asthmolysin enthält in 1 ccm 0,0008 Nebennierenextrakt und 0,04 Hypophysenextrakt. Die auslösende Ursache des Kollapses ist wohl im Nebennierenextrakt zu suchen. Bekanntlich ereignen sich solche Kollapszustände nach allzu rascher intravenöser Einverleibung von Nebennierenextrakt, bei subkutaner Injektion sind sie selten. Wenn auch der Kollaps restlos überwunden wurde, so sollte man doch vorsichtig sein in der Einverleibung des Asthmolysins, und die Vorschrift, die für die intravenöse Injektion von Nebennierenextrakt besteht, nämlich recht langsam, über eine Minute Dauer, das Medikament zu injizieren, auch bei der subkutanen Einspritzung des Asthmolysins nicht außer acht lassen. Keinesfalls darf, wie die der Asthmolysin-Ampullenpackung beiliegende Gebrauchsanweisung es will, dem Laien das Mittel zur Einspritzung überlassen werden, zumal wenn es sich um ältere Leute mit schon geschädigtem Gefäßsystem handelt. Im vorliegenden Falle war es ein jugendlicher Patient mit intaktem Gefäßsystem, der so schwer kollabierte. Absente medico könnte ein solcher Kollaps doch einmal recht üble Folgen haben.

(B. kl. W. 1919 Nr. 51.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Lokale Anästhesie durch Injektion von Anästhesin. solubile (Subkutin). Von Dr. H. Floer in Essen. Außer der Ungiftigkeit und Haltbarkeit hat das Subkutin vor Kokain und den anderen Lokalanästhetika den großen Vorzug der Billigkeit — 1 g etwa 50 Pf. Nach Verf.'s bisherigen Erfahrungen verdient das Subkutin als lokales Anästhetikum das größte Lob; seine Wirksamkeit bei subkutaner Injektion erprobte er unter vielen anderen an folgenden kurz beschriebenen Fällen: Bei der ersten (Probe-) Injektion spritzte er 0,1 ccm einer 1%igen Subkutinlösung am linken Unterarm ein und erzielte sofort eine einmarkstückgroße unempfindliche Zone, sodaß peripherisch weiter injiziert werden konnte. Er spritzte so fortlaufend bis 0,5 ccm ein, ohne Brennen, Stechen oder sonst ein unangenehmes Gefühl hervorzurufen. Die Unempfindlichkeit der Injektionszone dauerte 15—20 Minuten an. Bei einer sehr schwächlichen Dame mit aktiver Lungentuberkulose spritzte Vf. 0,25 ccm 1%ige Subkutinlösung ein zwecks Entfernung eines haselnußgroßen Atheromas am

Hinterkopf. Die Exstirpation und Naht gelang, ohne den geringsten Schmerz zu verursachen. Die Wundheilung erfolgte per primam. Ebenfalls mit Injektion von 0,5 ccm Subkutin gelang schmerzlos die Entfernung eines walnußgroßen Atheroms am Scheitel bei einem 40jährigen Herrn. Heilung erfolgte prompt. Bei einem Dienstmädchen entfernte Vf. eine abgebrochene Nähnadel aus der rechten Hohlhand nach Desinfektion der Haut mittels Jodtinktur und Injektion von 0,5 ccm Subkutin, wobei ein etwa 3 cm langer Schnitt bis durch die Fascia palmaris gemacht werden mußte mit nachfolgender Naht ohne Schmerzempfindung. Heilung gut.

(D. m. W. 1919 Nr. 52.)

Anfertigung eines Gipsbettes. Darüber schreibt Magnus (Marburg): „Es gibt eine sehr hübsche und billige Methode, die dem praktischen Arzt ohne weiteres zugänglich ist: Man nimmt einen Stoffrest — Rupfen, Packleinen, eine ausgediente Decke — und schneidet Stücke daraus, die der Größe des Gipsbettes entsprechen; also Länge von Mitte Oberschenkel bis zum Hinterhaupt, Breite den halben Körperumfang. Beim Kinde werden etwa 4, beim Erwachsenen 6 solcher Stücke gebraucht. Der Patient wird in Bauchlage gebracht und mit einem dünnen Polster bedeckt, etwa einem Stück Flanell oder geleimter Watte. Dann wird in einer Waschschüssel Gipsbrei angerührt, und zwar eine mittlere Schüssel gut halb voll. Während langsam Gips zugeschüttet wird, rührt man mit beiden Händen den Brei. Es kommt dann ein Moment, wo der Gips zu binden anfängt. In diesem Augenblick werden die Stoffstücke eins nach dem andern von 4 Händen an den 4 Zipfeln gefaßt, in den Brei tüchtig eingetaucht und eins nach dem andern auf den Rücken des Kranken gelegt. Die Oberfläche wird glatt gestrichen, in wenigen Minuten ist das Ganze starr und kann zum Trocknen in einen warmen Raum gebracht werden. Die Ränder werden glatt geschnitten, und nach 3 Tagen ist das Gipsbett verwendbar.

(Ther. Halbmhft. 1920 Nr. 1.)

Zur Therapie des schnellenden Fingers. Von Dr. Heermann in Cassel. Man legt ein Stück Radiergummi auf den Sehnenknoten, drückt es mit einer Klammer nach Art einer kleinen Presse fest, läßt die Vorrichtung über Tag und Nacht, solange sie keine Empfindlichkeit hervorruft, unter leichtem Drucke tragen. Nach einigen Tagen ist der Finger frei beweglich. In gleicher Weise lassen sich Narben und Kontrakturen beeinflussen. Apparat zu beziehen durch Firma Braun in Melsungen (Hessen-Nassau).

(D. m. W. 1919 Nr. 52.)

Zur Behandlung der Fußgelenkdistorsionen. Von San.-Rat Dr. Gerson (Berlin-Schlachtensee). Während des Krieges wurde infolge Minderwertigkeit der Rohstoffe die Klebkraft der Pflaster so schlecht, daß die Anlegung des Gibneyschen Heftpflasterverbandes bei Fußgelenkdistorsionen unmöglich wurde. Auf der Suche nach einem gleichwertigen Ersatze dieses Heftpflasterverbandes, der Verf. bisher vorzügliche Dienste leistete, kann er nach zweijährigem Erproben folgendes Verfahren empfehlen: Bei Fußdistorsionen — verbunden mit dem Einreißen von Bändern und Zerrung von Sehnen — wird die verletzte Extremität von den Zehen bis dicht unter das Kniegelenk mit einer zweifachen, gutdeckenden Lage von 8 cm breiten Mullbinden mit mäßigem Zuge umwickelt. Darüber kommt eine zweifache Lage von in Wasser gut ausgerungenen, 8 cm breiten Stärkebinden, die am Fuß und Unterschenkel gut anmodelliert werden. An der verletzten Stelle wird eine dritte Lage von Stärkebinden angelegt. Dieser Verband ist so dünn, daß Strümpfe und Schuhe — wofern sie nicht sehr eng sind — mühelos darüber angezogen werden können, ohne den Fuß zu drücken. Der Patient kann nun — ebenso wie beim Gibneyschen Heftpflasterverbande — sogleich mit diesem Verbande umhergehen und wird einen wohltuenden Halt und kaum noch Schmerzen spüren. Er kann nicht nur in dem Verbande gleich umhergehen, sondern er soll es auch, damit beim Erstarren der Verband im Fußgelenk beweglich bleibt und nur Fuß und Unterschenkel eine starre Hülle erhalten. Diese starre Hülle gibt der verletzten Extremität einen Halt, der auch bei Zerrungen und partiellen Einrissen der Wadenmuskeln gute Dienste leistet. Obwohl das Fußgelenk beweglich bleibt, erhalten die gezerzten Bänder und Sehnen des Gelenks durch die enge, gleichmäßige Umschließung des Verbandes doch hinlänglichen Halt und Ruhe zu ihrer Restitution, wofern das Fußgelenk genügend geschont und nur notwendige Gänge erlaubt werden. Nach ein bis zwei Wochen ist gewöhnlich die Heilung soweit vorgeschritten, daß der Verband entfernt werden kann. Einen zweiten Stärkeverband anzulegen ist man nur bei starker Bänderverletzung genötigt. Bestehen nach Abnahme des zweiten Verbandes noch Beschwerden, so werden diese durch allabendliche, ganz heiße, bis über die Knöchel reichende Salzbäder — eine Handvoll Staßfurter Salz auf ein Fußbad — von 20 Minuten Dauer behoben. Zur weiteren Schonung des Gelenks genügt die tägliche Einwicklung mit einer 10 cm breiten Idealbinde, die von den Zehen bis unter das Kniegelenk reicht. — Das Wesentliche des hier angegebenen Verbandes liegt in der Verbindung des Fixen und Mobilen, wodurch sofortiges Gehen möglich und ein

Festliegen des Patienten vermieden wird. Ein Vergleich läßt diesen Verband dem Gibneyschen Heftpflasterverbande, den Verf. vor dem Kriege oft und mit gutem Erfolg angelegt hat, gleichwertig erscheinen. Schmiegt sich der Heftpflasterverband vermöge seiner Klebkraft und relativen Unverschieblichkeit der Unterlage fester an, so hat der beschriebene Verband den Vorteil, daß er Fuß und Unterschenkel vollkommen und gleichmäßig umschließt und keine Dermatitis erzeugt, wie zuweilen der Gibneysche Verband. Er hat außerdem den Vorzug, daß er leichter anzulegen ist als der Gibneysche Verband, weniger Zeit erfordert und daher dem Praktiker bequemer ist. Die Erfahrungen mit diesem Verbande, den Verf. schon etwa zwanzigmal erprobt und bewährt gefunden hat, berechtigen, ihn den Herren Kollegen zu empfehlen. (Ther. d. Gegenw. Nov. 1919.)

Das F. F. Friedmannsche Tuberkulose-Heilmittel in der Orthopädie. Von Dr. Johannes Elsner. (Aus dem Reserve-lazarett VII und aus der Orthopädischen Heilanstalt des e. V. Krüppelhilfe zu Dresden.) Verf. schließt seinen Bericht mit folgenden Worten: „Das Mittel ist durchaus ungefährlich. Nachteile habe ich bei 153 Fällen von diesem nie gesehen. Natürlich sind Vorkommnisse, wie man sie bei Tuberkulose ohne alle und bei jeder Behandlung beobachtet, z. B. das Auftreten von Abszessen, Meningitis, Weiterausbreitung der Tuberkulose usw., nicht vermeidbar, dagegen habe ich offensichtliche Besserung und Heilung von sogar jahrelang bestehenden Tuberkulosen, die mit den verschiedensten anderen Methoden ohne oder mit nur sehr geringem Erfolge behandelt waren, gesehen, und zwar Besserungen und Heilungen, die oft überraschend schnell eintraten und anhielten, und zwar mit einer Schnelligkeit, wie sie andere Behandlungsmethoden doch nicht zur Folge haben können, nicht einmal die Heliotherapie im Hochgebirge. Gleichzeitig ging mit der lokalen Herdheilung eine offensichtliche Umstimmung und Entgiftung durch das Friedmannsche Mittel einher. Noch ein beachtenswertes Moment bei der Behandlung mit dem Friedmann-Mittel möchte ich hervorheben: die außerordentlich geringe Kostspieligkeit des Verfahrens. Aus diesem Grunde möchte ich dieses besonders auch den Kollegen, die in der Krüppelfürsorge tätig sind, dringend empfehlen und ihnen raten, womöglich, wie ich es getan habe, auch in Merkblättern darauf hinzuweisen. Wer keine Erfolge mit dem Friedmann-Mittel hat, wendet es nicht richtig an. Das ist meine volle und ehrliche Ueberzeugung!“

(D. m. W. 1919 Nr. 50—52.)

b) Innere Krankheiten.

Rückfallfieber und Salvarsan. Von Dr. Bruno Glaserfeld in Berlin-Schöneberg.

1. Verf. sieht im Salvarsan das Medikament, welches fast stets eine effektive *Therapia sterilisans magna* herbeiführt, vorausgesetzt, daß es richtig dosiert und bei Kontraindikationen nicht angewandt wird.

2. 0,6 Neosalvarsan führt im ersten Anfall oder in der ersten Hälfte des zweiten Anfalls zur Abkürzung des Anfalls und Kupierung der Krankheit. Im Intervall kürzt 0,6 den nächsten Anfall wesentlich ab, ohne ihn ganz zu verhindern.

3. Vom dritten Tage des zweiten Anfalls ab erzielt man mit 0,3 Neosalvarsan dieselben guten Resultate wie mit 0,6.

4. Die Rekonvaleszenz wird durch Salvarsan außerordentlich abgekürzt, die Blutarmut schwindet schnell.

5. Kontraindikationen: a) Dekompensierte Herzaffektionen; b) Nierenkrankheiten mit ausgeprägten Funktionsstörungen; c) schwerste Krankheitserscheinungen, insbesondere Ikterus, bei sehr heruntergekommenen Individuen.

(D. m. W. 1919 Nr. 47.)

Bei **septischen Diarrhöen** fand Dr. B. O. Pribram (Biersche Klinik Berlin) stets bedeutende Herabsetzung der Aziditätswerte und Fehlen der freien Salzsäure und erzielte ausgezeichnete Wirkung durch Darreichung von Azidol-Pepsin. Man wird gut daran tun, bei chronisch-septischen Patienten dies Mittel schon prophylaktisch zu geben. (Zbl. f. Chir. 1919 Nr. 48.)

Erfahrungen über perkutane Schutzbehandlung bei Ruhr. Von Prof. Dr. J. Petruschky (Aus dem Hygienischen Institut der Technischen Hochschule Danzig). Die perkutane Schutzbehandlung gegen Tuberkulose ist seit etwa acht Jahren im Gange und findet mehr und mehr Beachtung und Verwendung. Aber es ist sehr schwierig, bei einer so chronischen Krankheit die Wirkungen in statistisch übersichtlicher Weise zusammenzufassen. Wesentlich leichter ist die Wirkung bei der Vorbeugung gegen akute Krankheiten zu übersehen, wenn der Verwendungskreis ein nicht allzu kleiner ist. Die perkutane Schutzbehandlung gegen Ruhr, welche Verf. bereits 1914 in Vorschlag gebracht hatte, ist erst in den Jahren 1917 und 1918 für militärische Zwecke zur Verwendung gelangt. Die erste Gelegenheit zu einem größeren Gruppenversuch bot die Ruhrepidemie in Marienburg 1917. Die Technik ist folgende: Es wird abwechselnd auf gesunde Haut-

stellen, z. B. auf die Innenfläche der Unterarme und der Oberarme das Material eingerieben in der Dosenfolge von 2 bis 4 bis 6 bis 8 Tropfen mit ein bis zwei Tagen Zwischenraum. Die Einreibung geschieht mittels Glasstabes oder mit dem Daumenballen der anderen Hand des Patienten. Messung der Temperatur ist nicht erforderlich, da eine Temperatursteigerung durch die Einreibungen nicht veranlaßt wird. Das Material ist multivalent, d. h. es enthält nicht nur die verschiedenen Ruhrerreger, sondern auch Paratyphus- und Gärtnerbazillen, natürlich alles in abgetötetem Zustande. Ueber den Verlauf des Schutzbehandlungsversuchs geben folgende Zahlen Aufschluß: Gesamtmannschaftsbestand beider Abteilungen betrug im Beginn der Epidemie 3974 Mann, davon wurden prophylaktisch mit Linimentum antidysentericum eingerieben eine Gruppe von 380 Mann. Nicht eingerieben wurden also 3594 Mann. Die Erkrankungsziffer bei den nichteingeriebenen betrug 1113 Mann = 31,2 ‰, davon starben an Ruhr 35 Mann = 3,1 ‰. Die Zahl der Schutzbehandelten betrug 380 Mann, die Erkrankungsziffer bei den Schutzbehandelten betrug 8 Mann = 2,1 ‰, davon starb kein Mann = 0 ‰. Demnach ist der Prozentsatz der Erkrankungen bei den nicht der Schutzbehandlung Unterzogenen 15 mal so groß als bei den Schutzbehandelten. Der Prozentsatz der Todesfälle bei den Nichtbehandelten war noch um etwa die Hälfte größer (3,1 ‰), als der der Erkrankungsfälle (2,1 ‰) bei den Schutzbehandelten. Außerdem ist das Liniment auch therapeutisch im Lazarett verwendet worden, und zwar in ähnlicher Weise wie bei der Schutzbehandlung. Eine statistische Zusammenstellung ist hierüber erklärlicherweise nicht gut möglich, da bei der Verschiedenheit des Krankheitsverlaufs ein Vergleich der Schwere des Verlaufs sehr unsicher ist. Uebereinstimmend war jedenfalls die Angabe, daß eine toxische Wirkung bei der Anwendung durch die Haut niemals hervorgetreten ist, die Kranken vielmehr eine wohltätige Wirkung zu verspüren glaubten und die Fortsetzung der Behandlung wünschten. Die gleichen Angaben hat Verf. aus dem Felde erhalten, wo einzelne Offiziere das Liniment auf ihren Wunsch in der Rekonvaleszenz verwenden konnten. Der zweite Versuch wurde auf Veranlassung der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums im Jahre 1918 bei einer Ruhrepidemie in Westfalen gemacht. Es handelte sich offenbar um eine besonders schwere Ruhrepidemie. Gleichzeitig mit der Linimentbehandlung wurde bei einem Teil der Mannschaften die Schutzbehandlung mit dem Ruhr-Impfstoff Boehncke („Dysbacta“) vorgenommen, wodurch ein besonders bemerkenswerter Vergleich der Wirkung ermöglicht wurde. Aus dem Ergebnisse ist zu ersehen, daß die Mortalität zwar nicht auf Null herabgesetzt werden konnte,

daß aber statt der gewaltigen Sterblichkeitsziffer von 54,4 % bei den Nichtbehandelten, bei Dysbacta-Behandlung sich nur 21,4 %, bei Linimentum-antidysentericum-Behandlung nur 14,3 % Todesfälle ergaben, bei Linimentbehandlung also um mehr als 40 % weniger als bei den Unbehandelten! Diese Höchstleistung der Linimentbehandlung im Vergleich zur Injektionsbehandlung dürfte eine Ueberraschung sein für alle diejenigen, welche der perkutanen Wirksamkeit der Antigene noch skeptisch gegenüberstanden. Die Zahl der Skeptiker war nicht gering. Auch Verf. bekennt gern, daß er den ersten Angaben C. Spenglers über perkutane Anwendung des Tuberkulins skeptisch gegenüberstand, aber er hat sich allmählich überzeugt, daß die Haut nicht nur ein brauchbares, sondern ein ganz hervorragendes Organ ist für die Aufnahme und Verarbeitung flüssiger und fester Antigene. Ganz besonders hat Verf. die rasche Verarbeitung der hartschaligen Tuberkelbazillen durch die zarte Oberhaut des Meerschweinchens überzeugt. In wenigen Stunden gelangen die auf die Hautoberfläche eingeriebenen Bazillen in das Korium. Welche Kräfte dabei wirksam sind, ist noch rätselhaft. Nach weniger als 24 Stunden sind sie bereits in Granula aufgelöst und nur noch nach Gram färbbar. Nach 48 Stunden sind sie vollständig („parenteral“) verdaut. Es ist erklärlich, daß dieser Verdauungsprozeß mit weniger hartschaligen Bakterien, als Tuberkelbazillen es sind, noch rascher vor sich gehen muß, zumal wenn beim Menschen Hautflächen in Anspruch genommen werden, mit denen die Fläche des kleinen Meerschweinchenohrs kaum in Vergleich zu stellen ist. Bei der perkutanen Methode könnte man, wenn es nötig wäre, die ganze Körperoberfläche zur Mitarbeit heranziehen, während bei der Einspritzung unter die Haut immer nur an einer kleinen Stelle des Unterhautgewebes ein mehr oder weniger erhebliches Depot von Bazillenmaterial niedergelegt wird, dessen Verarbeitung an dieser eng begrenzten Stelle erfolgen muß. Ist die vollständige Verarbeitung nicht möglich, so wird ein Teil des Materials durch einen Eiterungsprozeß — der Eiter ist dann vollständig steril — ausgestoßen. Dies ist z. B. regelmäßig der Fall, wenn eine nicht ganz minimale Menge abgetöteter oder wachstumsunfähiger Tuberkelbazillen unter die Haut gespritzt wird, wie z. B. bei den von Koch einige Zeit hindurch in Versuch gezogenen, später aber nicht mehr verwandten Emulsionen abgetöteter Vollbakterien oder bei der von Friedmann immer noch empfohlenen Einspritzung lebender Schildkrötenbazillen. Bei der Einreibung der Vollbakterien von TB auf die Haut tritt keinerlei Eiterung ein, die Bakterien werden als Vollbakterien von der Haut aufgenommen, einzeln in ihr zerkleinert und verdaut, so daß es zur Eiterung nirgends kommt.

Die Methode der Einreibung leistet also nicht nur ein Gleiches, sondern weit mehr als die Methode der Einspritzung bei der Verarbeitung bakterieller Impfstoffe und bewirkt dabei keine Schädigung, nicht einmal eine merkliche Belästigung des Patienten. Sie ist daher für Arzt und Patienten das einfachste und am wenigsten beunruhigende Verfahren. Die Methode ist wie geschaffen für die der Hygiene seit langem vorschwebenden, im Kriege bereits teilweise nach der subkutanen Methode durchgeführten Immunisierungen gegen die bekannten bakteriellen Seuchen. Perkutane, nicht subkutane Immunisierung wird das Ziel der Zukunft sein. Folgende Linimente sind bisher auf Verfs. Veranlassung hergestellt und zur Prüfung durch andere Aerzte ausgegeben worden: Lin. antidysentericum, Lin. antityphosum, Lin. anticatarrhale (enthält Antigene gegen Pneumo-, Strepto-, Staphylokokken), Lin. anticatarrhale cum Lin. Tuberculini comp. 1:1000 und 1:150, Lin. Tuberculini comp. 1:25 und 1:5. Die Ausgabestelle ist die „Hageda“ (Handelsgesellschaft Deutscher Apotheker in Berlin), von welcher sie jede Apotheke beziehen kann. (M. Kl. 1919 Nr. 35.)

Drei Fälle von Peritonitis tuberculosa, geheilt durch Dr. F. F. Friedmanns Heilmittel. Von Kinderarzt San.-Rat Dr. W. Bloch. (Cöln a. Rh.). Die mitgeteilten Fälle sind noch insofern interessant, daß es sich um drei verschiedene Arten der Peritonitis tuberculosa handelt, nämlich die Knoten-, Tumor- und Aszitesform. In allen drei Formen wurde durch eine einmalige intraglutäale Einspritzung des Heilmittels in verhältnismäßig kurzer Zeit das Leiden völlig behoben. Auffallend ist stets die bald eintretende Besserung des Appetits und des Allgemeinbefindens. Die Anwendung des Mittels ist äußerst einfach und kann, wenn sie unter aseptischen Kautelen geschieht, von jedem Praktiker erfolgen. In keinem der Fälle, wo Verf. das Mittel bis heute verwandte, hat er irgendeinen Nachteil für den Patienten gesehen. — Seit der Drucklegung obiger Arbeit hat Verf. noch gute Heilerfolge bei einem weiteren Fall von Peritonitis tuberculosa, ferner je einem Fall von Kniegelenkstuberkulose, multipler Knochentuberkulose, tuberkulösen Hautabszessen, Darmtuberkulosen im Kindesalter gesehen. (B. kl. W. 1919 Nr. 40.)

Amylnitrit bei Anosmie. Von Dr. Hans Kopf-Marienbad. Eine ältere Dame gebrauchte alljährlich wegen plethorischer Beschwerden und Arthritis die Marienbader Kur. Die Patientin, die keine Anzeichen einer hysterischen Veranlagung bot, wurde in Abständen von mehreren Jahren mehrmals wegen Polypen der Nase operiert. Vor ca. 10 Jahren trat, nach Ansicht der Spezia-

listen von dem Nasenleiden unabhängig, allmählich vollständige Anosmie ein; weder Salmiak noch englisches Riechsalz usw. wirkte bei ihr eine Geruchsempfindung. Seit längerer Zeit leidet sie außerdem an Asthma bronchiale, und da sie auch eine mäßige Hypertonie hat, verordnete Verf. ihr gelegentlich eines Anfalles 3 Tropfen Amylnitrit einzuatmen, da er wußte, daß dieses Mittel sich unter der ungeheuren Anzahl der von ihr bisher mit mehr oder weniger Erfolg gebrauchten noch nicht befand. Kurz nach der Inhalation, die auch den Anfall günstig beeinflusste, bemerkte die Patientin den Geruch des Heus von einer nahen Wiese, um bald hochofreut zu konstatieren, daß sie sich wieder im vollständigen Besitze ihres Geruchsinnes befand. Dieser nahm nach wenigen Tagen wieder ab, um nach abermaligem Gebrauch von Amylnitrit wieder zurückzukehren. Nach mehrmaliger Inhalation blieb der Erfolg ein dauernder, und die Patientin befindet sich nun — nach über 3 Monaten — ohne weitere Anwendung des Amylnitrits im Besitze ihres normalen, wenn nicht sogar empfindlicheren Riechvermögens. (M. m. W. 1919 Nr. 42.)

Zur Verhütung der Oesophagusstrikturen nach Verätzung.
Von Prof. Roux in Lausanne. Wir können solche Strikturen durch Dauersondierung des Oesophagus mit Sicherheit verhüten: Bei mehreren Patienten hat Verf. eine gewöhnliche Schlundsonde für 4—5 Wochen, durch die Nase eingeführt, im Magen belassen. Der Erfolg war überraschend gut. Daß bei der Schwere der gegebenen Verhältnisse diese Einführung event. in Narkose zu erzwingen sein wird und event. auch eine Schädigung der unteren Nasenmuschel mit in den Kauf zu nehmen ist, braucht nicht erörtert zu werden. Daß aber diese Behandlungsmethode nicht etwa zufällig und nur bei geringfügigen Verätzungen Erfolg verspricht, beweist schon ein Fall, wo gerade nach Entfernung der Sonde die Verengerung auch des Pylorus eine totale wurde! Auf diese Möglichkeit gefaßt, erkannte Verf. sofort die Bedeutung der ersten Zeichen der Magenintoleranz. Eine sofortige Gastroenterostomie beseitigte diese und sicherte die Heilung. Ein anderes Mal hatte Verf. schon nach 6 Tagen große Mühe, in Narkose die Sonde einzuführen, andere Male ließen Blutung, Abgang von Schleimhautfetzen, Glottisödem usw. die Schwere der Verätzung beurteilen. Höchstwahrscheinlich kann die Behandlungsdauer von 5 Wochen gekürzt werden, denn der Hauptfaktor zur Heilung bei einem gewissen Kaliber ist wohl durch den Schmerzkrampf gegeben: Ist dieser einmal verschwunden, so heilt die oft oberflächliche Verätzungswunde, ohne zuviel Narbengewebe gebildet zu haben, aus. Nebenbei sei bemerkt, daß die Patienten ziemlich bald lernen, mit

dem Speichel auch etwas flüssige Nahrung zu schlucken, was sie sehr ermuntert. Dauererfolge gehen auf das Jahr 1913 zurück. Wenn diese Nachbehandlung der Oesophagusverätzungen im Aerztpublikum bekannt und geübt wird, so dürfen wir allen diesen schwierigsten Operationen nur noch ein historisches Interesse schenken!
(Zbl. f. Chir. 1919 Nr. 33.)

Diaphor (Dr. Schütz & Co., Bonn), eine Verbindung von Acetylsalizylsäure mit Harnstoff, hat Dr. H. Brockhaus (Berlin) bei 70 Fällen von funktionellen Beschwerden, Zahnschmerzen, Kozzygodynie, Interkostalneuralgie, pleuritischen Schmerzen, Dysmenorrhoe usw.) angewandt mit fast stets promptem Erfolg, indem die antineuralgische, sedative und schlafmachende Wirkung sich ausgesprochen geltend machte.

(Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 9.)

Spasmalgin. Von Prof. Dr. L. Rütimeyer. Nachdem die Firma Hoffmann-La Roche vor mehreren Jahren schon eine Kombination Pantopon + Atrinal (= Atropinschwefelsäureester) in den Handel gebracht (Ampullen zur Injektion, 1 cc = Pantop. 0,02, Atrinal 0,001), stellte sie seit 1 Jahr ein per os anzuwendendes Präparat her (Tabletten mit 0,01 Pantopon, 0,001 Atrinal, 0,02 Papaverin). Das Spasmalgin, welches Verf. seit ca. 1 Jahr in 76 genauer beobachteten Fällen teils in der oben erwähnten Zusammensetzung verwandte, teilweise auch nur als Pantopon-Atrinal ohne Papaverinzusatz, wurde in erster Linie angewandt zur Schmerzstillung bei Schmerzen, die auf Spasmen der glatten Muskulatur des Magendarmtrakts zu beziehen waren. Neben dieser in der großen Mehrzahl der Fälle prompt eintretenden Wirkung ergab sich oft auch eine dem Pantopongehalt entsprechende allgemeine Beruhigung, bei nächtlicher Anwendung auch eine schlafmachende Wirkung, letztere allerdings noch stärker bei subkutaner Injektion mit Pantopon-Atrinal. Bei der Applikation per os konnte zwischen Spasmalgin und Pantopon-Atrinal ohne Papaverin kein durchgreifender Unterschied konstatiert werden; manchmal wirkte das eine besser, manchmal das andere. Immerhin hatte Verf. den Eindruck, daß Spasmalgin bei Spasmen, die auf anatomischer Grundlage beruhen, infolge seines Papaveringehaltes besser wirkte als Pantopon-Atrinal allein. Ebenso schien, daß in beiden Fällen, wo beide Präparate versagten, es sich meist um sogen. rein „nervöse“ Gastralgien oder Enteralgien handelte. Spasmalgin wirkte in entsprechenden Fällen auch besser als Papaverin allein, so bei einer älteren Frau mit spastischer Tumorbildung des Kolons, wohl beruhend auf einer radiologisch nachgewiesenen Schlingenbildung,

wobei der sehr druckdolente Tumor nach ca. 8 Tagen 3 mal täglich eine Tablette von Spasmalgin kaum mehr palpabel und völlig schmerzfrei wurde. Ueber Nebenwirkungen wurde von den 76 Patienten von 5 geklagt: bei 2 trat jedesmal Uebelkeit und Erbrechen, bei 2 unangenehmer Magendruck und Unbehagen, bei einem Uebelkeit, Schlafsucht und Schwindel ein, also Erscheinungen, wie wir sie auch bei Patienten, die gegen Pantopon refraktär sind, etwa beobachten können. Unangenehme, auf das Atrinal zu beziehende Wirkungen, wie Mydriasis, Trockenheit im Halse usw., wurden nie beobachtet. Die Spasmalgin-Medikation wurde während des Beobachtungsjahres angewandt bei Schmerzen, die zu beziehen waren auf *Ulcus ventr. et duodeni*, *Ca. vantric.*, Magensaftfluß, Gastritis acida et simplex, Atonia ventric., bei verschiedenen Sekretionsstörungen, speziell bei Schmerzen in Verbindung mit Hyperazidität, bei nervösen Gastralgien und Enteralgien, spastischer Obstipation, Colica flatulenta usw. Der Effekt war von 76 Fällen, die teilweise längere Zeit in Beobachtung blieben, bei 50 Patienten ein sehr prompter und günstiger, indem teilweise sehr heftige Schmerzen, wie einige Patienten angaben, „sofort“ nach Einnahme, in anderen Fällen nach 3—5 Minuten bis spätestens nach einer halben Stunde völlig verschwanden, also in ca. 65,6 %. Bei regelmäßigem Gebrauch von 2—3 Tabletten Spasmalgin pro die bei 1—2 wöchentlicher Dauer blieben auch die Schmerzen bei 13 chronischen Fällen dauernd oder doch längere Zeit weg. Bei 9 Fällen = ca. 12 % war der Effekt des Spasmalgins ein mäßiger, indem nur Abnahme, aber nicht Aufhören der Schmerzen erfolgte, oder ein wechselnder; nur bei 12 Fällen = 15,7 % fehlte er vollständig. Bei mehreren Fällen der letzteren zwei Gruppen wirkte aber, wie oben erwähnt, eine Pantopon-Atrinal-Injektion im Gegensatz zur Einnahme per os sehr prompt und für längere Zeit, war also der ersteren unbedingt überlegen. Ueberhaupt erscheint die Injektion von Pantopon-Atrinal gegenwärtig das wohl sicherste Mittel, um spasmogene Schmerzen glattmuskulärer Organe ohne unangenehme Nebenwirkungen prompt zu beseitigen, und dem Morphinum vorzuziehen. Verf. will nicht unterlassen beizufügen, daß auch in einigen Fällen von Uterinkoliken bei Menstruation Spasmalgin in kürzester Zeit die Schmerzen beseitigte, und zwar besser als verschiedene von den Patientinnen früher etwa angewandte Mittel. (Schweiz. Korr.-Bl. 1919 Nr. 24.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Arningsche Behandlung der Trichophytie. Von Dr. Nast (Hamburg). Die erkrankte Stelle wird mit Stieltupfer mit Karbol-

säure oberflächlich geätzt. Rasieren und Waschen mit Wasser ist verboten. 3 mal täglich wird mit 2%igem Salizylspiritus der ganze Bart betupft, sowohl zur weiteren Austrocknung, als auch zur Desinfektion der umgebenden Hautpartien. Eiterherde werden mit dem Paquelinspitzbrenner punktiert. Die Borke stößt sich in 8—12 Tagen ab. Die Abstoßung darf nicht durch Salben oder feuchte Umschläge beschleunigt werden. Der Bart ist stets auf $\frac{1}{2}$ cm gestutzt zu erhalten. Die Behandlung hat auszusetzen, wenn die glatte Fläche nach Abfall der Borke schon im Niveau der Haut liegt; in anderen Fällen ist weitere Aetzung nötig. Zur Bekämpfung der parasitären Bartflechte, kombiniert mit Impetigo, Staphylokokken, Streptokokken-Pyodermie, empfiehlt sich, außer der an sich schon eiterbeschränkenden Karbolsäure, ein Firnisanstrich von Anthrarobin (2,0), Tumenol (1,0), Benzoetinktur (50,0). Ganz verborkte Fälle können mit 2%iger Salizylvaseline kurz abgeweicht werden. Selten ist es, daß Patienten von pastös-lymphatischem Habitus die Karbolsäure nicht vertragen und nassen. Bei solchen Patienten werden besser nur kleinere Stellen geätzt; sonst empfiehlt sich selbst bei großen, oberflächlichen Trichophytieherden die Aetzung, da sie zweifellos das Wuchern des Pilzes in die Tiefe verhindert. Zusammenfassend sei gesagt, daß zur Behandlung der tiefen wie der oberflächlichen Trichophytie reine Karbolsäureätzung, Betupfungen 3 mal am Tage mit Salizylspiritus und Brennen tiefer Infiltrate mit Spitzbrenner und Firnisbehandlung zum Ziele führen, ohne lästige Verbände und Arbeitsbehinderung. (Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1919 Nr. 22.)

Zur Behandlung torpider Geschwüre. Von Marine-Stabsarzt Dr. Dürig (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin). Die häufig mit großen Substanzverlusten einhergehenden Kriegsverletzungen hinterlassen nach ihrer Heilung oft ausgedehnte Narben, deren zentrale Teile nie epithelisieren wollen oder nach anfänglicher Heilung wieder geschwürig zerfallen, wie wir dies auch bei Narben nach langwierigen osteomyelitischen Prozessen usw. treffen. Die Heilung solcher Geschwüre begegnet immer großen Schwierigkeiten und erfordert nach langen, ergebnislosen Versuchen schließlich doch immer noch die Deckung durch Transplantation, da die Ursache der Geschwürsbildung meist wirksam bleibt. Solche Geschwüre lassen sich aus der Art der Entstehung einer Narbe und den ihr folgenden regressiven Vorgängen in derselben leicht als Folgeerscheinung einer zu mangelhaften Blutversorgung der Narbe in ihren zentralen Teilen erklären. Das Narbengewebe erhält mit der Zeit mehr und mehr Fasern, wird dadurch derber, die Blutgefäße werden enger und nehmen an Zahl ab, da-

durch wird die Narbe flüssigkeitsärmer, sie schrumpft und wird gespannt; die ehemals rote Farbe wird mehr und mehr weiß, und schließlich entsteht in ihrem zentralen Teil ein immer größer werdendes Geschwür. Es erscheint daher naheliegend, diese torpiden Geschwüre durch Maßnahmen, die eine Besserung der Blutversorgung der Narbe anstreben, zur Heilung zu bringen. Als hierzu sehr geeignet hat sich Verf. ein Verfahren erwiesen, das vor Jahren zur Behandlung des *Ulcus phagedaenicum* angegeben wurde: Spülung des Geschwürs mit möglichst warmer Lösung von Kalium permanganicum in möglichst scharfem Strahl. Wärme und Massage wirken hierbei gemeinschaftlich die Zirkulation anregend. Verf. bediente sich eines Irrigators, der mit 2 m Gefälle aufgestellt war; die weinrote Lösung von Kalium permanganicum hatte eine Temperatur von 40°, das Glasansatzstück war vorne bis auf Stecknadelkopfgröße zugeschmolzen, so daß das Geschwür mit ganz dünnem, scharfem Strahl bespült werden konnte; 2 Liter der Lösung genügten für eine Spülung von etwa 10 Minuten Dauer; diese wurde täglich einmal vorgenommen, dann trockener Verband. Der schmierige Belag des Geschwürs weicht oft schon in wenigen Tagen guten Granulationen, und die Epithelisierung schreitet vom Rand her rasch nach innen fort. Läßt sich bei zu großer Ausdehnung des Geschwürs eine Transplantation nicht umgehen, so ist das Verfahren jedenfalls sehr geeignet zur Vorbehandlung des zu transplantierenden Geschwürs, das dadurch beträchtlich verkleinert und gereinigt wird.

(D. m. W. 1919 Nr. 44.)

Zur Vakzinetherapie der Furunkulose. Von Prof. Dr. H. Schirokauer (III. Mediz. Klinik Berlin). Die Beobachtungen erstrecken sich insgesamt auf 19 Fälle meist hartnäckiger, im Felde erworbener, seit mehreren Jahren (bis zu drei Jahren) bestehender, oft rezidivierender Furunkulose. Die meisten Patienten kamen erst nach erfolgloser Anwendung anderer innerer Behandlungsmethoden (Arsen, Hefe) in Behandlung. Einzelne schwere, tiefgreifendere Furunkel mit Neigung zu Abszeßbildung wurden chirurgischer Behandlung zugänglich gemacht, kleinere bis mittelgroße wurden durch frühzeitige Behandlung des Zentrums mit Kampher-Karbol (2:1) zur schnelleren Rückbildung angeregt. Bei beiden Gruppen wurde nebenher die Vakzine-Behandlung in Angriff genommen, um durch aktive Immunisierung das Entstehen neuer Herdbildungen zu verhindern. Verf. kann die Beobachtung von Rosenthal bestätigen, daß schon während der Impfungskur die Schmerzhaftigkeit und das Spannungsgefühl bestehender Furunkel nachläßt. Ferner zeigte sich bei den geimpften Fällen

ein schnelleres Abheilen selbst größerer Furunkel als unter gleichen Verhältnissen ohne Vakzinebehandlung erfahrungsgemäß zu erwarten gewesen wäre. Verf. benutzte stets das Opsonogen, eine von der Chemischen Fabrik in Güstrow hergestellte Staphylokokken-Vakzine, in der sogenannten Sammelpackung in steigender Keimzahl von 100 bis 1000 Millionen im Kubikzentimeter (= 1 Ampulle). Die Injektionen wurden intramuskulär in die Zwischenmuskulatur, in die Glutäen, zuweilen auch in den Oberarm gemacht. Nennenswerte Temperatursteigerungen — einzelne subfebrile Anstiege (bis 37,3), die sogar erwünscht erscheinen, kamen vor — wurden niemals beobachtet, ebensowenig waren irgendwelche örtliche Reizerscheinungen an der Injektionsstelle jemals zu verzeichnen. Meist wurde mit 100 Millionen Keimen im Kubikzentimeter angefangen; bei Fehlen irgendwelcher Reaktion, was meist der Fall war, wurde am nächsten Tage dieselbe Dosis wiederholt. Dann folgten die Injektionen zweimal wöchentlich. Die meisten Fälle sind geheilt worden (16), die übrigen — ganz besonders hartnäckige, drei Jahre dauernde — machten eine Wiederholung der Vakzination nach einigen Monaten nötig, weil hin und wieder ein neuer Furunkel auftrat. Aber selbst in diesen schweren Fällen war die Abnahme der Tendenz zur früher stets beobachteten Generalisation der Herde sinnfällig.

(Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 10.)

Ueber eine neue kombinierte Salvarsan-Quecksilberanwendung bei der Syphilis. Von Prof. Dr. Linser, Tübingen. Wenn man kombiniert mit Hg und Salvarsan behandelt, dann ist es am besten, wenn man diese beiden Mittel in der einfachen, gleichzeitigen, schmerzlosen Art anwenden kann. Verf. löst einfach die entsprechende Menge Neo- oder Natriumsalvarsan in der mit 6 bis 8 ccm warmen Wassers gefüllten 10-ccm-Spritze und zieht dazu von einer 1%igen Sublimatlösung noch 2 ccm auf. Dabei entsteht ein schwärzlichgrüner Niederschlag, der aber durch die dünnste Pravaznadel ohne Schwierigkeit passiert. Zur sicheren vollständigen Mischung und damit zur Ausschließung von Venenthrombosen ist es nötig, vor der Injektion die Mischung, am besten mit einer Luftblase zusammen, umzuschwenken. Alsdann kann man sicher sein, daß die Injektion ausgezeichnet vertragen wird und keine Thrombose macht. Der technische Vorteil der neuen Methode besteht also in der gleichzeitigen Anwendung beider als wirksamst erprobten Mittel gegen die Syphilis, in der einfachen und schmerzlosen Applikation derselben auf intravenösem Wege und in der Freiheit dieser Therapie von unerwünschten Nebenerscheinungen trotz relativ hoher chemischer

Quantitäten, besonders hinsichtlich des Hg. Jedenfalls ist es für den Patienten viel angenehmer, so auf einmal intravenös sein Hg + Salvarsan zu bekommen, als in der alten Weise intramuskulär und intravenös in zwei Akten. Auch für den Arzt ist dies eine wesentliche Vereinfachung. Es besteht kein Bedenken, solche Injektionen, z. B. 0,45 Neosalvarsan mit 0,02 Hg-Cl₂, in einer Dosis alle zwei Tage zu geben. Meist hat Verf. diese Dosis nur zweimal wöchentlich verabfolgt. Man kann auch eine 2%ige Sublimat-Lösung verwenden unter entsprechender Reduktion des Quantum. NaCl braucht nicht dabei zu sein. Die Beigabe eines so starken Desinfiziens, wie es die Sublimatlösung darstellt, hat auch den Vorteil, daß man auf die Verwendung von destilliertem Wasser ganz verzichten kann. Schon seit langem verwendet Verf. bei den Injektionen nur erwärmtes Leitungswasser. Fiebersteigerungen kommen danach so gut wie nie vor, trotzdem Verf. vielfach seine Patienten auch ambulant so behandelt hat. Jedenfalls sind „Wasserfehler“ danach sicher nicht häufiger beobachtet worden als nach reinem destilliertem Wasser. Als Spritzenmaterial haben sich Glasspritzen von 10 bis 20 ccm bewährt mit gewöhnlicher Stahlpravaznadel. Rekordspritzen amalgamieren sich zu sehr. Von den Glasspritzen läßt sich der Salvarsan-Hg-Niederschlag leicht mit warmem Wasser ablösen und das Instrument reinigen. (M. Kl. 1919 Nr. 41.)

Die Tripperansteckung kleiner Mädchen. Von Robert Asch, Breslau. Die Tripperinfektion kleiner Mädchen erfolgt selten durch Stuprum und unzüchtige Handlung seitens männlicher Infektionsträger, meistens durch andere Kinder, am häufigsten durch fahrlässige Übertragung von seiten erkrankter weiblicher Angehöriger. Sie ist durch geeignete Behandlung völlig heilbar; das Heilergebn ist ein absolut positives nur, wenn nach sorgfältigen Untersuchungen in genügend langen Pausen, nach Weglassen der jeweilig beeinflussenden Behandlungsmethoden, die Gonokokkenpräparate negativ sind. Die Behandlung besteht in der lokalen Beeinflussung der Harnröhrenschleimhaut, der Scheide und, falls erkrankt, auch des Mastdarms. Vielleicht kann die lange Behandlungsdauer abgekürzt werden durch intravenöse Kollargolinjektionen. Die Behandlung mit heißen Bädern und Diathermie hat noch kein einwandfreies Resultat ergeben. Allgemein hygienische Vorsichtsmaßregeln sind natürlich in erster Linie dabei erforderlich, der Vorzug der Krankenhausbehandlung ist strittig, oft können auch geschickte Angehörige und Pflegerinnen durch liebevolle, dabei energische Behandlung großen Nutzen stiften. Es empfiehlt sich, bei der Aufnahme in Krankenanstalten

die Kinder sehr sorgfältig auf etwaige Tripperansteckungen zu untersuchen, um Endemien und Epidemien zu vermeiden. Uebergreifen der Ansteckung auf den Uterus ist bei Kindern vor der Pubertät äußerst selten. Geheilte Fälle zeigen keine Dauerschädigung. Ohne lokale Behandlung bleibt die Infektion bestehen, sichere Ausheilung ist ohne diese nicht beobachtet, noch jahrelang nach dem Infekt können Gonokokken gefunden werden. Zur Behandlung sind nach Verf. besonders Stäbchen aus Isural (Isoform), Protargol und anderen Silbersalzen geeignet, auch Einbringen von Alumnoglyzerinsalben in die Scheide. Lange bestehende Infektionen führen zu Dauerschädigungen, zu Verklebungen und Verwachsungen des späteren Konzeptionskanals, besonders im Pubertätsalter, Verwachsungen der Tuben und des Peritoneums, welch letzteres in den meisten Fällen zur Sterilität führt. Uterine Sterilität kann noch durch spätere Behandlung beseitigt werden, Tubensterilität nur durch Operation — Lösung der Verwachsungen und Stomatoplastik.

(Zschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 82 H. 1.)

Apparate und Instrumente.

Ulnarisschiene. Von Fr. Schede, München. Die Verletzung des Nervus ulnaris hat bekanntlich eine Lähmung der Interossei und eines Teils der Lumbricales zur Folge, die sich in einer Ueberstreckung der Fingergrundgelenke und in einer Beugung der Mittel- und Endgelenke äußert. Die Extensoren sind nicht imstande, die Mittel- und Endglieder zu strecken, solange die Ueberstreckung der Grundglieder besteht. Ein Apparat, der die Hand gebrauchsfähig machen will, muß vor allem die Ueberstreckung der Grundglieder verhüten. Wenn die Grundglieder in leichter Beugung gehalten werden, so vermag der Patient die Mittel- und Endglieder durch die Extensoren zu strecken und durch die Flexoren zu beugen wie ein Gesunder. Da die Kraft der Fingerextensoren, welche die Grundglieder überstrecken will, eine sehr beträchtliche ist und der Weg von der leichten Beugestellung zur Ueberstreckung sehr klein ist, so muß die Fixation der Grundglieder eine sehr exakte und kräftige sein und darf keinen Leerlauf zulassen. Am besten läßt sich das erreichen durch eine Verklemmung zwischen drei Punkten:

1. Streckseite der Grundglieder,
2. Beugeseite der Köpfchen der Metakarpalien (um ihr Ausweichen nach der Vola zu verhindern),
3. Handrücken.

Ein Stück Stahldraht wird folgendermaßen gebogen: Von

der Streckseite des Grundgliedes V beginnend zur Streckseite des Grundgliedes II, um den radialen Rand zur Hautfalte an der Beugeseite der Köpfchen der Metakarpalien, schräg über die Vola proximalwärts, um den ulnaren Rand der Hand auf den Handrücken. Wird nun dieses letzte Stück so gebogen, daß es bei Mittelstellung der Grundglieder volarwärts absteht, und wird es nun an die Hand gedrückt und um den ulnaren Rand auf den Handrücken herumgehoben, so müssen die Grundglieder in Beugung gehen. Je größer die Streckungstendenz der Grundglieder ist, um so fester drückt der Draht in die Vola und den Handrücken, um so fester wird die Verklemmung. Er ist kaum bemerkbar, höchst einfach und von absolut sicherer Wirkung. (Herstellung: Stiefenhofer, München, Karlsplatz.)

(M. m. W. 1919 Nr. 35.)

Eine Schlüsselbein- und Rippenschere. Von Privatdozent Dr. Kehl. (Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Marburg) Es fehlt seither ein handliches chirurgisches Instrument zur raschen Durchtrennung des Schlüsselbeines oder eines gleich starken Knochens. Verf. benutzt dazu eine Schlüsselbeinschere, deren Konstruktion auf dem Prinzip einer doppelten, zweiarmigen Hebelübertragung beruht, wie sie von Zweifel zu einer Arterienklemme, von Biesalski zu seiner Ausschnittzange und von v. Eiselsberg und von Lanz bei ihren Darmquetschen benutzt wurde. Das Instrument, das sich besonders bei der ersten Wundversorgung von Knochenschußbrüchen im Felde bewährt hat, führt auch bei Rippenresektionen rascher zum Ziele, da man die Rippen von der Kante her angreift und nicht, wie mit anderen Rippenschere üblich, von der Fläche her durchtrennt. Die Herstellung erfolgt bei der Fabrik chirurgischer Instrumente von Holzhauer (Marburg).

(M. m. W. 1919 Nr. 43.)

Eine neue Methode zur Befestigung des Dauerkatheters. Von Stefan v. Rumbach. Die im Nachstehenden beschriebene Methode der Befestigung des Dauerkatheters hat sich in zahlreichen Fällen auf das beste bewährt und als absolut sicher erwiesen. Die Methode ist folgende: In der Höhe des Orificium externum wird um den eingeführten Katheter ein Gummiring herumgelegt, wozu ein zirka 3 cm langes, der Länge nach gespaltenes Gummiröhrchen am besten geeignet ist, welches dann über dem Katheter durch zwei Nähte wieder vereinigt wird. So wird das Hineinrutschen des Dauerkatheters verhindert. Um den mechanischen Insult des Gummiringes zu mildern, schiebt man eine in der Mitte durchlochte, mehrfach zusammengelegte Gazestückchen

mit Borvaselin über den Katheter zwischen die äußere Oeffnung der Harnröhre und den Gummiring. Hierauf folgt die Reinigung der Gliedhaut mit Aether. Die Verbindung zwischen Glied und Katheter wird durch 1 cm breite Bänder bewerkstelligt. Vier 25 cm lange Bändchen werden einander gegenüber so fixiert, daß für die zurücklaufenden Teile (vier) zwischen jedem Bändchen ein Hautstreifen zum Ankleben freibleibt. Als Klebstoff benutzt Verf. Mastisol, welches vorzüglich klebt, wenn man davon wenig, gut verschmiert aufträgt. Die Bänder werden bei geringer Extension des Präputiums angelegt. Die vier aufsteigenden Zügel werden knapp oberhalb des um den Katheter laufenden Gummiringes, durch einen starken Faden festgebunden, nachher zurückgeschlagen, und diese rücklaufenden vier Teile in den Zwischenräumen mit Mastisol fixiert. Der so ausgerüstete Dauerkatheter wird noch besser gehalten, wenn wir an der Peniswurzel um die längs fixierten Streifen eine zirkuläre Tour herumführen und knüpfen. Die Vorteile des beschriebenen Verfahrens sind ein sicherer, unverschieblicher Halt durch den eigenen Zug, die Unmöglichkeit zurückzuschlüpfen oder herauszurutschen, einfache, rasche und reinliche Befestigungsart. (W. kl. W. 1919 Nr. 38.)

Neue Bücher.

C. Bachem. Arzneimittel der heutigen Medizin. Leipzig und Würzburg, C. Kabitzsch. Preis Mk. 17.—. Das früher von Roth u. Schmitt, dann von O. Dornblüth herausgegebene Buch hat jetzt in Bachem für die vorliegende 12. Auflage einen Bearbeiter gefunden, der es verstanden hat, das Material zu verbessern und so zu ergänzen, daß das Werk durchaus auf der Höhe der Zeit steht.

L. Brauer. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten. Ebenda. Heft 1 und 2 des 7. Bandes enthält: „Das Zustandsbild der multiplen Sklerose bei Malaria“ von Büchert, „Malariabeobachtungen und Malariatherapie in einem Feldlazarett“ von Arneht, „Zur Klinik der Bazillenruhr“ von Labor und Wagner, „Ueber Febris quintana“ von Lehndorf und Stiefler, „Nachfieber bei Bazillenruhr“ von Lyon, „Typhusbazillen, Daueransiedelung und ihre bisherige Heilbehandlung“ von Küster. — Außerdem liegt Supplementband 8 vor, enthaltend: „Die Lichtbehandlung (Heliotherapie) in den deutschen Lungenanstalten“ von G. Liebe.

H. G. Holle. Allgemeine Biologie. München, J. F. Lehmann. Preis: Mk. 10.—. In 3 Teile — Das Wesen des Lebens, Die Erscheinungen des Lebens, Der Zusammenhang des Lebens — ist der reiche Inhalt des Buches gebracht, das unter vielem anderen sich ausläßt über Wesenseinheit, Organisation, Ernährung, Wachstum und Lebensdauer, Krankheit und Tod, Vermehrung und Vererbung, Entwicklung und Anpassung, Züchtung, Erziehung. Im einzelnen freilich wird nicht jeder mit allem einverstanden sein, doch wird jeder sicherlich das Ganze mit Interesse lesen und mannigfache Anregung aus der Lektüre empfangen.

A. Pappritz. Einführung in das Studium der Prostitutionsfrage. Leipzig, Joh. Ambr. Barth. Preisgeb. Mk. 12.—. Eine objektiv gehaltene, kurz zusammenfassende Darstellung des gesamten Tatsachenmaterials fehlte bisher. Das vorliegende Werk, an dem hervorragende Autoren mitgearbeitet haben, füllt diese Lücke aufs beste aus. Die Prostitutionsfrage wird vom historischen, wirtschaftlichen, juristischen und medizinischen Standpunkt in klarer, objektiver Weise beleuchtet, und Berichte über Gesellschaften und Verbände, die sich mit diesen Problemen beschäftigen, bilden eine nützliche Ergänzung. Allen sozialpolitisch interessierten Männern und Frauen sei das vortreffliche Werk zum Studium empfohlen.

Würzburger Abhandlungen (Verlag C. Kabitzsch, Würzburg). Von neu erschienenen Heften seien genannt: „Bluttransfusion“ von Dr. E. Seifert; „Die militärärztliche Beurteilung und Behandlung Lungentuberkulöser“ von Prof. Köhler; „Ueber den Einfluß der Kriegsernährung auf die Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands unter besonderer Berücksichtigung der Einwirkung auf Tuberkulose, Karzinom und Diabetes“ von Dr. Gorn; „Richtlinien der Tuberkulosebekämpfung nach dem Krieg“ von Privatdozent Dr. Ranke; „Kriegsbeschädigung und strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit“ von Prof. Reichardt; „Ueber die Beurteilung der Zeugnis- und Eidesfähigkeit Geisteskranker vor Gericht“ von Dr. K. Boas; „Frühdiagnose der Lungentuberkulose“ von Dr. H. Alexander.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

29. Jahrgang

Nr. 7.

April 1920

Kasuistisches.

Ein Fall von basalem Abbruch des Dens epistrophei ohne Rückenmarkverletzung. Von Dr. Fritz L. Dumont, Dozent für Chirurgie in Bern. Früher nahm man allgemein an, daß die Luxationen und Frakturen im Bereich der obersten Halswirbel, speziell der Abbruch des Zahnfortsatzes des Epistropheus, also eine Art von „Genickbruch“, immer den sofortigen Tod zur Folge hätten. Seitdem wir in der Röntgenuntersuchung eine so wertvolle Ergänzung unserer diagnostischen Methoden gewonnen haben, wurde eine größere Zahl von günstig verlaufenden, sogar ohne Lähmungen einhergehenden Fällen beschrieben, in welchen die Verletzung mit Sicherheit diagnostiziert wurde. Da aber immerhin diese Fälle nicht zu den alltäglichen gehören, so dürfte es von Interesse sein, eine diesbezügliche Halswirbelfraktur, welche Verf. letzthin zu beobachten Gelegenheit hatte, hier zu erwähnen. Der 29jährige, kräftige Patient stürzte Ende Februar 1919 beim Skilaufen kopfüber; er stand sogleich nach dem Sturz auf und verspürte auch weiter keine Schmerzen. Keine Bewußtlosigkeit. Einige Zeit darauf, ohne eine nachweisbare Ursache, verspürte er Schmerzen im Nacken und Schluckbeschwerden, er hatte ein eigenartiges Gefühl der Müdigkeit im Kopfe. Er gab an, nicht zu wissen, wie er den Kopf halten solle, er fühle sich „unsicher“, und zwar besonders beim Gehen und beim Eisenbahnfahren. Es traten dann eigenartige halbseitige neuralgische Okzipitalschmerzen auf, welche mit Zirkulationsstörungen verbunden waren, und die rechts stärker ausgeprägt waren, als links. Das rechte Ohr wurde deutlich heißer und röter, als das linke. Mit diesen Störungen vergesellschafteten sich subjektiv äußerst unangenehme Schlingbeschwerden — der Patient gibt an, er habe das Gefühl gehabt, der Hals werde ihm zugeschnürt. Nach einiger Zeit hörte der Patient beim vorsichtigen

Kopfdrehen ein Knacken, das die im Nacken aufgelegte Hand auch fühlte. Lähmungserscheinungen soll er nie gehabt haben. Verf. sah den Patienten Anfangs Mai 1919 zum ersten Mal, weil die subjektiven Beschwerden ihn zum Arzte trieben. Der Patient hielt den Kopf ängstlich steif zwischen den Schultern, er vermied jegliche Bewegung. Der Kopf wurde genau in der Mittelstellung fixiert gehalten. Die Nackengegend, und zwar in der Nähe des Hinterhauptshöckers, war etwas angeschwollen und auf Druck leicht empfindlich. Die vorsichtige Bewegung des Kopfes löste ein deutlich hör- und fühlbares Knacken im Nacken aus. Der Mund konnte weit geöffnet werden, die Sprache war deutlich und ohne Klangalterationen. An der hintern Rachenwand konnte Verf. keine Veränderungen wahrnehmen, weder Prominenz, noch abnorme Druckempfindlichkeit usw. Die Sensibilität der Haut, auch an Hals und Kopf war überall normal. Die Pupillen waren normal weit und reagierten beidseitig gleich gut. Im Gebiet des Fazialis keine Störungen. Motilität und Sensibilität an Rumpf und Extremitäten nicht beeinträchtigt. Leichte Steigerung der Patellarreflexe. Keine Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktionen. Die Röntgenuntersuchung ergab nun folgenden Befund: a) die Seitenaufnahme zeigt scheinbar normale Verhältnisse, b) auf der antero-posterioren Aufnahme durch den geöffneten Mund sieht man, daß der Dens epistrophei nicht ganz in der Mitte steht; es findet sich eine scharfe Abknickung am Ansatz des Zahnes am Wirbelkörper. Die Frakturlinie läßt sich in einem nach unten konvexen Kreissegment im Wirbelkörper verfolgen, so daß der Zahn mit einem kleinen Stück des Wirbelkörpers aus diesem herausgebrochen ist. Der Zahn befindet sich frontal in einer etwas zurückliegenden Ebene. — Es handelt sich also um einen basalen Abbruch (richtiger gesagt Herausbruch) des Zahnes des Epistropheus, mit geringer Dislokation und leichter Subluxation des Atlas nach hinten. Die Schluckbeschwerden müssen auf Glossopharyngeusreizung und die Zirkulationsstörungen auf Sympathikusreizung zurückgeführt werden. Gleich nach der Röntgenuntersuchung, welche eine etwas forcierte Lage des Patienten erforderte, wurden die subjektiven Beschwerden wieder bedeutend stärker. Der Kopf wurde noch steifer gehalten, momentweise stützte der Patient seinen Kopf mit den Händen. Die Schluckbeschwerden nahmen zu, und es traten sogar Schwindelgefühle und leichte Atemstörungen auf, so daß Verf. den Patienten mittelst der Glisson'schen Schwebe extendierte, worauf diese Beschwerden prompt zurückgingen. Eine genaue Augenuntersuchung, welche, da der Patient über Sehstörungen klagte, vorgenommen wurde, ergab völlig normale Verhältnisse. Das Gesichtsfeld war nicht eingeschränkt. Eine oberflächliche Geschmacksprüfung er-

gab keinen Ausfall. Es wurde während des 14tägigen Spitalaufenthaltes weder eine Pulsbeschleunigung, noch -verlangsamung konstatiert. Nach einiger Zeit wurde die Glisson'sche Schlinge durch eine Gipsminerva ersetzt, welche einer orthopädischen, nach Gipsabguß konstruierten, leichten Stützkrawatte Platz machte. Der Patient fühlt sich in diesem Apparat, welcher die Halswirbelsäule verläßlich fixiert, völlig beschwerdefrei. Daß dennoch die Prognose sowohl quoad vitam, wie quoad valitudinem keine absolut günstige ist, wenigstens, wenn der Patient sich zu früh des Haltes seines Apparates entwöhnen möchte, wird auch durch die Kasuistik dieser Fälle erhärtet. Nicht nur, daß sogar in günstigen Fällen bei langer Beobachtungszeit nur in vereinzelten Fällen eine knöcherne Anheilung, des abgebrochenen Zahnfortsatzes an der Bruchstelle an den Wirbelkörper (infolge mangelhafter Knochenernährung an dieser Stelle und oft wegen der Diastase der Fragmente) stattfindet, so besteht sogar die Gefahr, daß nicht nur wenige Wochen, sondern noch geraume Zeit nach dem Unfall, nach beschwerdelosem Intervall und oft ohne Vorläufer, der Tod oder eine schwere Lähmung als direkte Unfallsfolge eintreten können. Hutchinson beschreibt einen Fall von Fraktur des Dens epistrophei mit Subluxation des Atlas, bei welchem $1\frac{1}{2}$ Jahre später, infolge eines starken Hustenstoßes der Kopf auf's Sternum herabsank und eine Paraplegie auftrat, welche nach einem halben Jahre zum Tode führte. Elliot und Sachs beobachteten eine Fraktur des Epistropheuszahnes samt dem vorderen Bogen des Atlas bei einem Arbeiter, der nach der Verletzung noch 32 Jahre arbeitsfähig gewesen war, und bei welchem durch eine unvorsichtige Bewegung vollständige Lähmung und Dyspnoe, welche tödlich endigten, eingetreten waren. Auch Spättodesfälle durch Infektion der Bruchstelle, Karies und Meningitis ($1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ Jahre nach dem Trauma) sind bei Epistropheuszahnbrüchen beschrieben. Andererseits darf glücklicherweise nicht außer acht gelassen werden, daß es sehr oft beim weiteren Verlauf des Falles gar nicht darauf ankommt, ob eine knöcherne Anheilung des Zahnfortsatzes erfolgt oder nicht. Das Experimentum in vivo hat nämlich bewiesen, daß eine gute und verläßliche Festigung des Kopfes auch auf andere Weise erfolgen kann. Und zwar vor allem durch die Verknöcherung des abgehobenen Wirbelsäulenperiostes samt dem vorderen Längsband zwischen den 3 obersten Halswirbeln, vorne, seitlich und hinten mit Knochenbrückenbildung zwischen den Wirbeln. Morestin, Hutchinson, Putti und Kienböck beschreiben derartige Fälle, wo an Stelle von Kallusbildung an der Bruchstelle solche vikariierende, reparatorische regionäre Vorgänge eine Dauerheilung sicherstellten. Ob obiger Patient auf diese Art Naturheilung, welche

nach kürzerer oder längerer Zeit mit einer gewissen Chance von Wahrscheinlichkeit eintreten kann, spekuliert — oder, ob er sich operativ seine obersten Halswirbel durch autoplastisch gewonnene Knochenspäne seitlich am Occiput, nach dem Verfahren von Albee (beim *Malum suboccipitale tubercul.*) fixieren lassen will, ist lediglich Temperamentssache. (Schweiz. Korr. Bl. 1919 Nr. 41.)

Typische Halbseitenlähmung im Verlauf eines Typhus exanthematicus beobachtete Dr. Robert Pfeiffer. Als anatomische Grundlage dieses Krankheitsbildes kann gedacht werden entweder an einen großen vaskulären Herd, oder aber an ein Aggregat von vielen kleinsten Flecktyphusknötchen, das dicht beieinander steht. Die typische zerebrale Halbseitenlähmung mit Beteiligung des motorischen und sensorischen Sprachzentrums, die apoplektiform im Verlauf einer Fleckfiebererkrankung auftrat, läßt eher vermuten, daß es sich hier um einen größeren embolischen oder thrombotischen Herd im Bereich der linken Arteria cerebri media handelt, größer, als ihn fast alle Autoren fanden, die sich mit der pathologischen Anatomie der nervösen Veränderungen im Zentralnervensystem beim Fleckfieber beschäftigten. Wenn man mit Jarišch auch annimmt, daß es fast nie zum Auftreten von Fleckfieberknötchen im Bereiche der inneren Kapsel und des Zentralmarkes kommt, so bleibt nur ein ausgedehnter Herd in der motorischen Rinde übrig, der wohl kaum durch massiertes Beieinanderstehen mikroskopischer kleiner Herdchen gerade an dieser einen Stelle zu erklären sein dürfte, wo von seiten der anderen Gehirnteile keinerlei Funktionsstörungen nachzuweisen waren.

(W. kl. W. 1919 Nr. 42.)

Bedrohliche Eierstockerkrankung bei Parotitis epidemica. Von Dr. H. Ruge, Frauenarzt in Berlin. Die 24jährige Patientin erkrankte im 2. Monat der Schwangerschaft an fieberhafter Grippe, in deren Verlauf es zum Abort kam. Der manuellen Ausräumung wurde eine Ausschabung angeschlossen. Dabei wurden normale Adnexe festgestellt. Die Temperatur fiel von 38,7° am folgenden Tag auf 36,8°. Am 4. Tag nach dem Eingriff 3 tägiger Temperaturanstieg, bis zu 39,5°. Zuerst die linke, dann die rechte Parotis schwell an. Rechts überschritt die Schwellung allmählich das Schlüsselbein. Beide Submaxillardrüsen schwellen mit an. Sehr beträchtliche Kieferklemme, starker Foetor ex ore. Am 8. Tag nach Beginn der Parotitis schnellte der Puls auf 120—132 hinauf, wurde auffallend klein. Es traten kurzdauernde Ohnmachten, Blässe, Mattigkeit, Angstgefühl auf, kurz Anzeichen, die den Verdacht auf eine innere Blutung lenkten. Die gynäkologische Unter-

suchung ergab deutliche Empfindlichkeit und Vergrößerung des linken Eierstockes auf gut Gänseeigrösse. Die Schwellung, völlig umschrieben bleibend, nahm noch weiterhin zu. Der erste Eindruck bei Aufnahme des Befundes war der einer Bauchhöhlenschwangerschaft. Doch der vorhergegangene sichere Abort, die umschrieben bleibende, dem linken Ovar entsprechende Schwellung, der ganze Verlauf sprachen dagegen. Vom operativen Eingriff wurde abgesehen. Einige Zeit klagte Pat. über ziehende Schmerzen vom Unterleib nach der linken Nierengegend ausstrahlend. Nach 5 Wochen war die Geschwulst nicht mehr nachweisbar. Die Periode stellte sich schon vorher rechtzeitig ein, blieb aber das 3. Mal aus, und zur Zeit ist eine bisher ohne jede Störung verlaufene Schwangerschaft im 8. Monat vorhanden. Im Anschluß an eine Parotitis ist also eine akute Erkrankung des Eierstocks entstanden, die mit den Symptomen einer inneren Blutung einherging und deshalb nicht als eine akute Oophoritis, sondern als ein Haematoma ovarii aufgefaßt werden mußte; vielleicht eine Kombination beider. Meist treten solche Ovarialhämatome nur als nebensächlicher Befund auf, so daß Pfannenstiel mit Recht behauptet, daß trotz der Häufigkeit der Eierstocksblutungen ihre klinische Bedeutung nicht groß ist. U. a. können verschiedene Infektionskrankheiten solche Blutungen verursachen. Dagegen ist bei der epidemischen Parotitis in der Literatur stets nur von Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Eierstöcke die Rede. Schottmüller erklärt in seiner Monographie über den Mumps eine Mitbeteiligung des Ovariums für außerordentlich selten. Er äußert sogar Zweifel, ob die in der Literatur als Erkrankung der Ovarien gedeuteten Erscheinungen wirklich in unmittelbarem Zusammenhang mit der parotitischen Infektion stehen. Obige Beobachtung weist darauf hin, daß der Eierstock bei der epidemischen Parotitis sogar in bedrohlicher Weise miterkranken kann. (M. m. W. 1919 Nr. 49.)

Toxikologisches.

Ein Fall von Luminalvergiftung mit tödlichem Ausgang.
 Von Dr. Eduard Hueber-Salzburg. Der 40 Jahre alte J. O. frug Verf., ob er nicht gegen seine fast täglich auftretenden „Anfälle“ ein Mittel haben könnte. Als Kind hatte er „Krämpfe“; beim Militär traten ganz leichte „Anfälle“ auf; er absolvierte aber seine 3 Jahre völlig; seit zirka 10 Jahren bestehen Anfälle mit Bewußtlosigkeit und Schaum vor dem Munde; dagegen gab es nie (?) Krämpfe (= große Anfälle); er blickte starr ins Blaue, blieb einen Moment still und der Anfall war vorüber; ohne Erinnerung; früher traten diese Anfälle nur 1—2 mal wöchentlich auf; seither

häufiger, manchmal täglich mehrmals; die Stimmung war deshalb eine sehr gedrückte; er konnte im Geschäft des Bruders nur als gelegentliche Hilfskraft wirken. Trotz dieser Vorgeschichte und eines diesbezüglichen Zeugnisses eines Nervenarztes mußte er bei der Mobilmachung einrücken, tat lange Etappendienst und wurde erst nach längerem Spitalsaufenthalt frei; wegen Epilepsie, beiderseitigem Lungenspitzenkartarrh und abgelaufener rechtseitiger Pleuritis. Zu Hause nahm er seine frühere Tätigkeit wieder auf, machte auch Besorgungen mit weiteren Märschen ohne Schaden; war nie seither in ärztlicher Behandlung. Nun verordnete Verf. ihm am 11. Mai 1919 Luminal-Natrium-Tabletten à 0,5. Er nahm die 1. Woche morgens $\frac{1}{4}$ Tablette, abends $\frac{1}{2}$ Tablette. Hierauf 3 Wochen lang früh $\frac{1}{3}$, abends $\frac{2}{3}$ Tabletten; im ganzen 3 Röhrchen, also 30 Tabletten à 0,5 g. Am 10. Juni zeigte sich am Nacken und beiden Handrücken zwischen Daumen und Zeigefinger ein makulös-papulöses Ekzem; bisher trat kein Anfall wieder ein; Verf. wagte wegen Gefahr neuer Anfälle nicht auszusetzen mit den Tabletten. Da trat am 14.—15. Juni eine 24stündige totale Anurie ein. Am ganzen Körper bestand ein kleinfleckiges Exanthem, wie beginnende Masern; die Lippen waren geschwollen, die Augenlider ödematös; der Kranke war leicht benommen und leicht schläfrig, während die früheren Wochen Luminal keine auffallige Schläfrigkeit erzeugt hatte; in der ersten kleinen Urinportion waren mikroskopisch keine Zylinder, es bestand lediglich leichte Opaleszenz; eine große Beruhigung für Verf., der angesichts der Erscheinungen eine akute Nephrose angenommen hatte. Am nächsten Tage wurde das Exanthem großfleckig; die einzelnen Flecke waren zentral dunkel, von breitem, hellrotem Hofe umgeben, den ein dunkelroter Saum einschloß. Nur am Rumpf waren die Flecke getrennt, an der Stirne, den hinteren Ellbogenseiten und abwärts vom Nabel flossen die Flecken zusammen in eine einzige rote, derbinfiltrierte Fläche. Am rechten Fuße bestand bis zur Hälfte der Wade herauf ein starkes Oedem, das am linken Fuße bloß auf den Vorderfuß beschränkt blieb; hier war das Exanthem ein hämorrhagisches. Während am Rumpfe auf Druck nur ein zentraler, leicht gelblicher, Fleck zurückblieb, ließ sich an den Beinen durch Druck nichts ändern. Das Exanthem nahm schließlich am ganzen Körper den Charakter eines chronisch infiltrierenden, schuppenden Ekzems an, auch an der Planta und Palma bestand es. Die Schuppung ging in großen Fetzen vor sich, so daß er wie bei Scharlach ganze Handschuhfinger ausziehen konnte. Ein späteres Vollbad entfernte den größten Teil. Dabei bestand fast gar kein Jucken am ganzen Körper. Wegen der supponierten Nephrose verordnete Verf. Bettruhe und spärliche Flüssigkeit. Die Urinsekretion stieg von $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$

Liter am 4. Tage auf 1 Liter. Bei Beinhochlage fielen die Oedeme in den ersten 6 Tagen völlig ab. Nun trat aber eben, als der Ausschlag schon wieder zurückzugehen anfang, am 23. Juni Fieber, Husten und Auswurf auf, die Untersuchung ergab über beiden Lungen die Zeichen eines Aufflommens und Verbreitung der früheren inaktiven Tuberkulose, ohne direkte Zeichen einer richtigen miliaren Tuberkulose. Unter Fieber, klumpigem Auswurfe und finaler 24 stündiger Erregung mit lautestem Geschreie und motorischer Aufregung trat nach 1 maliger subkutaner Morphin-Injektion der Tod ein, nachdem die alarmierenden Symptome der Tuberkulose nur 10 Tage gedauert hatten. Die Familie hatte den Eindruck und auch Verf. selbst, daß der Patient zwar nicht an einer akuten Medizinalvergiftung, doch sicher an einer durch die Luminalvergiftung provozierten, galoppierenden Lungentuberkulose gestorben sei. Ein ätiologischer Zusammenhang ist nicht schwer zu konstruieren. Handelt es sich doch nach dem ganzen Bilde der Luminalvergiftung um eine Alteration der kleinen und kleinsten Hautgefäße, eine Kapillaritis, die, wie die gleichzeitige Anurie und Oligurie beweist und worauf die beiderseitigen Unterschenkelödeme hinweisen, auch die inneren Organe befallen kann; an den Lungen müßten in Analogie an die Herdreaktion bei Tuberkulininjektion eine erhöhte Sekretion, vermehrte Rasselgeräusche zu finden gewesen sein. Verf. hat in den ersten Tagen, wo die Nieren- und Oedemerscheinungen so auffällig waren, leider eine Lungenuntersuchung versäumt. Daß nun durch einen derartigen Prozeß der Hyperämisierung und Schwellung ein schlummernder tuberkulöser Herd in der Lunge zur Entfaltung gebracht werden kann, ist eine dem medizinischen Denken gewöhnliche Sache. (M. m. W. 1919 Nr. 38.)

Ueber einen Fall von Herpes zoster mit gleichzeitigem Herpes labialis und über gehäuftes Auftreten entzündlicher Exantheme nach Schellfischgenuß. Von Dr. Ernst Bergmann (Aus der Hauptklinik in Jena). Es handelte sich um ein Zusammenreffen von Herpes zoster mit einer Fischintoxikation. Dieses Zusammentreffen konnte rein zufällig bedingt sein; es ließe sich aber auch so erklären, daß die Zosterinfektion in dem durch die Vergiftung geschädigten Organismus einen besonders günstigen Boden gefunden hätte. Diese Annahme ist vielleicht gerechtfertigter, als das Zusammentreffen von Herpes zoster und Fischvergiftung als glatten Zufall anzusehen, weil der Herpes zoster doch nicht so massenhaft auftrat, daß eine derartige Koinzidenz nicht weiter auffällig gewesen wäre. Den Herpes labialis wird man aus den Magen-Darmstörungen und aus den Fieberbewegungen ohne weiteres erklären können. Auffallend war, daß Herpes zoster

wie Herpes labialis auf derselben Seite lokalisiert waren. Gegen die Annahme, daß der Herpes an der Lippe etwa auch ein Zoster in einem getrennten Nervengebiete gewesen wäre, sprach das Fehlen der Drüsen am Halse und das Fehlen jeglicher Nervenschmerzen, die im Thoraxgebiet sehr stark ausgeprägt waren. Wenn man nicht von einer zufälligen Lokalisation sprechen will, könnte man auch daran denken, daß durch den vorausgegangenen rechtsseitigen Herpes zoster die rechte Seite für reflektorische Reize besonders sensibilisiert war. Im Anschluß an den oben beschriebenen Fall möchte Verf. noch zwei Beobachtungen mitteilen, wo die Fischintoxikation die direkte Ursache akuter entzündlicher Exantheme war. Im ersten Falle handelte es sich um einen 61jährigen Patienten, bei dem vier Tage nach dem Genuß von Schellfisch ein Ausschlag an verschiedenen Körperstellen auftrat, der sich schnell ausbreitete und stark juckte. Gesicht, Hals, Oberschenkel und Genitale waren geschwollen, stark gerötet und näßten; in der Umgebung der Hauptherde sah man Bläschen als primäre Effloreszenzen. Magen- und Darmerscheinungen waren nicht vorhanden. Der Zusammenhang zwischen dem akuten Ekzem und dem Fischgenuß war bewiesen durch die Erkrankung seiner Frau, bei der unmittelbar nach dem Genuß des Schellfisches Kollaps und starke Übelkeit auftraten. Bei den anderen Familienmitgliedern, die von demselben Fisch gegessen hatten, traten keine Störungen auf. Beim zweiten Fall handelt es sich um eine 37jährige Patientin, die am 1. Mai Schellfisch gegessen hatte. Etwa acht Tage nach dem Fischgenuß trat allgemeines Unwohlsein auf, das sich in Herzklopfen, Beklemmungsgefühl und Kreuzschmerzen äußerte. Zwei Tage später kam sie mit einem vesikulösen, disseminierten, entzündlichen Ekzem des behaarten Kopfes, des Gesichts, der Unterarme und der Hände in die Klinik. Die Augenlider waren geschwollen, es war starke Lichtscheu infolge Konjunktivitis vorhanden. Den anderen Familienmitgliedern war der Fisch gut bekommen. Hatte es sich in dem zuerst beschriebenen Falle um verdorbenen Fisch gehandelt, so konnte dies für die beiden letzten Fälle nicht festgestellt werden. Trotzdem ist anzunehmen, daß auch hier bereits Zersetzungs Vorgänge stattgefunden hatten, die durch Auge und Nase nur noch nicht wahrnehmbar waren. Bemerkenswert ist, daß alle diese Fälle zur Zeit der Eisenbahnerstreiks zur Beobachtung kamen, also zu Zeiten, wo die Fische oft tagelang in den Waggonen lagerten, ehe sie zur Verteilung kamen. (Derm. Wschr. 1919 Nr. 51.)

Akute, tödlich verlaufene Schwefelkohlenstoffvergiftung.
Von Prof. Dr. A. H. Hübner (Aus der Klinik für psych. und

Nervenranke in Bonn). Ein 49-jähriger, bis dahin gesunder Mann atmet bei einem Betriebsunfall viel Schwefelkohlenstoff ein. Im Anschluß daran bekommt er Kopfschmerzen, Benommenheit, Schwindel, Übelkeit und Brechreiz, sowie eine Depression. Alles das sind Symptome, die das Krankheitsbild der akuten Schwefelkohlenstoffvergiftung bilden. Der Beginn des Leidens war also ein durchaus typischer, nicht so der weitere Verlauf. Denn während im allgemeinen die Intoxikation in wenigen Stunden oder Tagen ausheilt, sehen wir hier, daß das Leiden sich mehr und mehr verschlimmerte und schließlich sogar zum Tode führte. Dabei ist bemerkenswert, daß unter den weiter hinzutretenden Symptomen mehrere äußerst charakteristische sind. Als solche sind zu nennen in erster Linie die Amblyopie, die wir von der chronischen CS₂-Vergiftung her gut kennen. Weiter hören wir von Zittererscheinungen, allgemeiner Muskelschwäche und Ataxie, wiederum Krankheitszeichen, die bei der chronischen Intoxikation vorkommen. Das Leiden endet nach etwa 3½ monatiger Dauer mit dem Tode, nachdem vorher linksseitiger Babinski und zuletzt vollständige Bewußtlosigkeit eingetreten war. Auch dieser Ausgang ist bei chronischer Vergiftung beobachtet worden. So beschreibt z. B. Quensel einen Fall von Delirium acutum, dessen Endstadium dem des oben beschriebenen auffallend gleicht. Zusammengefaßt, haben wir also ein Krankheitsbild vor uns, das sich 1. unmittelbar an einmalige Einatmung größerer Mengen Schwefelkohlenstoff anschließt, 2. im Beginn der akuten Intoxikation gleicht, 3. im weiteren Verlauf und Ausgang mit manchen chronischen CS₂-Vergiftungen übereinstimmt. Verf. hielt sich infolgedessen für berechtigt, die Erkrankung als eine akute Schwefelkohlenstoffvergiftung anzusprechen. Dies um so mehr, als er andere Krankheitszustände mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen konnte. Eine fieberhafte Erkrankung kam nicht in Betracht, weil Fieber erst in den letzten Tagen eingetreten ist, als das Krankheitsbild längst voll ausgebildet war. Gegen Paralyse sprach der negative Ausfall der Wassermannschen Reaktion und das psychische Verhalten des Patienten. Ein Tumor, an den Verf. auch gedacht hatte, würde bei der Stärke der Kopfschmerzen doch wohl eine Stauungspapille und Pulsverlangsamung, daneben aber auch Lokalsymptome gemacht haben. Gerade nach diesen Erscheinungen hatt Verf. besonders gefand, aber nichts Positives gefunden. Gegen eine Lues cerebralis spricht der negative Ausfall der Wassermannschen Reaktion im Blut und die besonders genau aufgenommene, dabei negativ ausgefallene Luesanamnese. Leider war eine Nachprüfung dieser Ueberlegungen durch die Obduktion nicht möglich. Trotzdem glaubte Verf. die Beobachtung veröffentlichen

zu müssen wegen der auffallenden Übereinstimmung mit den bei der chronischen Schwefelkohlenstoffvergiftung beobachteten Symptomen. Von besonderem Interesse ist der Fall wohl auch wegen der Netzhautblutungen, welche zuletzt vorhanden waren. (Neurol. Zbl. 1919 Nr. 24).

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Ueber den Chloräthylrausch und über Narkose. Von W. Kausch (Aus der I. Chirurgischen Abteilung des Schöneberger Krankenhauses). Der Chloräthylrausch, den viele Chirurgen, auch Verf. bereits vor dem Kriege ausgiebig anwandten, hat während des Krieges sehr an Verbreitung gewonnen, gewiß zum Segen für die Verwundeten, denen dadurch viele Schmerzen erspart wurden. Verf. kann nur sagen, daß er bei vielen tausend Chloräthylräuschen nie etwas Unangenehmes erlebt hat, obwohl er meist größere Mengen gibt, bis zu 400 Tropfen. Er hat bisher die Unterhaltungsmethode angewandt, den Eingriff vorgenommen, sobald der Patient eine verwirrte Antwort gibt. Dies erfolgt in seinen Fällen, obwohl er stets 0,01 Morphinum zuvor gibt, fast nie bei 100 oder auch 125 Tropfen. Verf. hat manche Fälle wochenlang bei jedem Verbandsbetäubung, 3 mal in der Woche. Er wendet auch den verlängerten Rausch nach Hosemann an, stets ohne jeden Zwischenfall. An Verf. wurden innerhalb der letzten 3 Jahre 5 Chloräthylräusche angewandt, 3 davon in diesem Jahre innerhalb 4 Tagen, weil Inzisionen am linken Arm wegen Phlegmone gemacht werden mußten. Nun, ein Vergnügen war der Rausch ja gerade nicht, aber unangenehm auch nicht. Dem ersten Rausche unterzog Verf. sich sehr ungern, war es doch seine erste Betäubung überhaupt. Am unangenehmsten empfand er stets das Drehen aller Gegenstände vor den Augen und ein Hämmern im Kopfe kurz vor dem Eintreten der Bewußtlosigkeit. Der Geruch war durchaus nicht unsympathisch, wenn er ihn damit auch nicht als angenehm bezeichnen möchte. Er empfand bereits kurze Zeit nach dem Rausche überhaupt nichts mehr von dem Geruch, fühlte sich völlig wohl, war direkt vergnügt, setzte sich an den Arbeitstisch, aß mit größtem Appetit, ging einmal kurz danach ins Wirtshaus. Erbrochen hat Verf. nie, obwohl der Rausch niemals bei leerem Magen vorgenommen wurde. Verf. kennt den Aetherrausch nicht aus Erfahrung am eigenen Körper, nach dem, was er an anderen sah und von ihm hörte, dauert es länger, bis er eintritt und ist er unangenehmer. Patienten, die beides kannten, zogen stets den Chloräthylrausch vor. Verf. meint dabei natürlich den Aetherrausch mit der

kleinen, durchlässigen Maske. Ihn mit der großen, wasserdichten Maske (Juillard), die allgemein den Namen Aetherrauschmaske führt, vorzunehmen, hält Verf. geradezu für eine Tierquälerei; er bezeichnet es seit Jahren so. Verf. hat noch keinen vernünftigen Menschen gesehen, der sich zum 2. Male mit dieser Maske mißhandeln läßt. Leider sieht man diese Maske, die in der ersten Zeit des Krieges überall verbreitet war immer noch anwenden, selbst in großen Krankenhäusern. Verf. nimmt die gewöhnliche Narkosemaske, die besser zu sein scheint als das einfache Tuch; dies verwendet er nur, wenn er die Maske nicht zur Hand hat, besonders im Hause des Patienten. Einen Schaden durch den Metallrand, eine Verbrennung hat er nie gesehen; das kann auch nur bei fehlerhafter Technik vorkommen; selbst bei Vereisung, die er trotz seines Verbotes noch öfters sehe, hat er nie die leiseste Verbrennung erlebt. Bei Verf. hat der Chloräthylrausch jedenfalls die lokale Vereisung völlig und die lokale Anästhesie in einem nicht unerheblichen Prozentsatz der Fälle zurückgedrängt, namentlich bei den kurze Zeit dauernden kleinen Eingriffen, einfachen Inzisionen: Panaritien, Furunkel, Nagelextraktionen, Anlage der Nagel-extension usw.; da ist er für den Patienten wie für den Arzt das Angenehmere. (M. m. W. 1920 Nr. 1.)

Ormizet in der chirurgischen Wundbehandlung. Von Dr. G. Freund (Virchow-Krankenhaus Berlin). Nach Maßgabe der zur Verfügung gestellten Literatur wandte Verf. das Ormizet als Wundbehandlungsmittel in 3%iger Lösung und bei akuten Entzündungserscheinungen der Mund- und Rachenschleimhaut in 1 1/2%iger Lösung zum Gurgeln an. Es wurden in der Folge die damals gerade häufigen schmierigen Empyemhöhlen mit in ameisen-saurer Tonerde getränkten Tampons und mit Spülungen der gleichen Ormizetlösungen behandelt. Es erfolgte in allen Fällen eine fortschreitende Säuberung der Wundhöhlen und eine leichte Abstoßung der nekrotischen Gewebsteile ohne störende Nebenerscheinungen von seiten der gesunden Gewebe. Auch eine einmal auftretende Pyozyaneusinfektion ging unter Ormizet ebenso rasch wie bisher unter Behandlung mit essigsaurer Tonerde zurück. In gleichem Sinne wurden alle anderen schmierigen Wunden von eröffneten Phlegmonen, ferner vernachlässigte und sekundär infizierte Quetsch- sowie Brandwunden mit 3%iger Ormizetlösung behandelt. Sie zeigten alle die Neigung einer schnellen Reinigung und ein rasches Zurückgehen der in der Wundumgebung sich abspielenden Entzündungserscheinungen. Akute Lymphangitis und Lymphadenitis gingen unter Ormizetumschlägen, Katarrhe der Rachen- und Mundschleimhaut unter Gurgelungen mit 1 1/2%iger Lösung

reaktionslos zurück. Ein Nachstehen hinter der essigsauren Tonerde war nicht zu konstatieren. Dagegen kann Verf. auf Grund der Versuche bestätigen und empfand es als eine große Annehmlichkeit, daß die Lösungen der ameisensauren Tonerde trotz wochenlangen Stehens ständig klar und geruchlos und ohne jede schädigende Nebenwirkung blieben. In keinem der behandelten Fälle traten Reizungserscheinungen der behandelten Teile auf. Verf. kam zu dem Ergebnis, daß das Ormizet in therapeutischer Hinsicht der essigsauren Tonerde überlegen ist, daß sie vor ihr außerdem den Vorzug hat, ständig klar und reizlos und dadurch selbst nach langem Stehen stets und restlos gebrauchsfertig zu sein, und schon aus dem Grunde der vollkommenen Aufbrauchung eine Verbilligung vor der essigsauren Tonerde bedeute.

(Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 12.)

Lokales Tetanusrezidiv durch Narbenexzision erfolgreich behandelt. Von Dr. J. Diemel (Aus der Chirurgischen Station des St.-Johannes-Hospitals in Hamborn). An dem geschilderten Falle interessiert zunächst die Frage nach der Entstehung der tetanischen Erscheinungen. Eine Neuinfektion war sowohl bei dem zuerst aufgetretenen allgemeinen Tetanus, der zweifellos als Spättetanus angesprochen werden muß, als auch bei dem Rezidiv ausgeschlossen, da die ursprüngliche Wunde bereits vernarbt war und eine neue Wunde, von der die Infektion hätte ausgehen können, nicht bestand. Ein Trauma, das den Anlaß zu dem Zustandekommen der tetanischen Erscheinungen hätte darstellen können, läßt sich für den zuerst aufgetretenen allgemeinen Tetanus aus den Krankengeschichten und nachträglichen Angaben des Patienten nicht mit Sicherheit als wahrscheinliche Ursache desselben eruieren. Die unmittelbar vor dem ausgebildeten Tetanus vorgenommenen energischen passiven Bewegungsübungen des rechten Kniegelenkes bzw. ein nach nachträglicher Angabe des Patienten in der Zeit vor dem 1. Tetanus erfolgter Sturz auf der Straße könnten den Gedanken an einen ursächlichen Zusammenhang zwischen einem dieser Traumen und dem Auftreten der tetanischen Erscheinungen nahelegen. Was die erste Möglichkeit angeht, so ist es jedoch eher wahrscheinlich, daß die Erscheinungen von Schmerzen und Steifigkeit im rechten Oberschenkel, wegen deren die passiven Bewegungsübungen angestellt wurden, bereits den Beginn des Tetanus dargestellt haben und zunächst falsch gedeutet wurden. Bezüglich des Sturzes meint der Patient sich zu besinnen, damals bereits ziehende Schmerzen im rechten Oberschenkel gehabt zu haben, und glaubt sogar, daß diese die Ursache seines Sturzes gewesen seien. Es ist demnach nicht unmöglich, daß auch zur

Zeit dieses Traumas bereits Initialsymptome des Tetanus bestanden. Für das Auftreten des späteren Rezidivs ist jedoch ein ursächlicher Zusammenhang mit einem Trauma zum mindesten sehr wahrscheinlich. 5 Tage nach dem in Narkose erfolgten Mobilisationsversuch des rechten Kniegelenkes traten die Initialerscheinungen des Rezidivs auf. Die Inkubationszeit des Tetanus zeigt nach Sonntag bei im übrigen größtmöglichen Schwankungen doch eine gewisse Regelmäßigkeit, indem nämlich hauptsächlich 2 Typen auffallen, solche von (4) — 6 — (8) Tagen und solche von (2) — 3 — (4) Wochen. Der vorliegende Fall würde somit bei Annahme einer ursächlichen Wirkung des Traumas bezüglich seiner Inkubationszeit dem ersten der von Sonntag angegebenen Typen gut entsprechen. Das Zustandekommen der Sprengung des die Tetanusbazillen umschließenden Narbengewebes durch das in Rede stehende Trauma läßt sich mühelos durch die bei dem Mobilisationsversuch ausschließlich erfolgte Beugung des rechten Kniegelenkes und dadurch bedingte Streckung und Dehnung der Oberschenkelmuskulatur erklären, denn durch diese Bewegung wurde auch die mit der Streckmuskulatur verwachsene Narbe des Oberschenkels übermäßig gedehnt, was um so mehr einleuchtet, also infolge der bereits länger bestehenden Beugungsbehinderung im Kniegelenk eine Verkürzung der Streckmuskulatur des Oberschenkels bestand. Daß der Rückgang der tetanischen Erscheinungen auf die Exzision der Narbe zurückzuführen ist, unterliegt bei der danach eingetretenen schnellen Besserung des Zustandes wohl keinem Zweifel. Der Erfolg war für Patient und Arzt in gleicher Weise in die Augen springend. Daß die Krampfanfälle nach der Operation zunächst noch 2 Tage lang in unverminderter Heftigkeit weiter bestanden, ist sicherlich wohl durch die Wirkung des noch im N. femoralis bzw. im Rückenmark vorhandenen Toxins zu erklären. Der negative mikroskopische und kulturelle Befund der Untersuchung des exzidierten Narben- und Muskelgewebes schließt die Möglichkeit, daß diese Gewebe dennoch Tetanusbazillen enthalten haben, nicht aus. (Nach Sonntag ist der mikroskopische Nachweis wenig aussichtsreich; nach demselben Autor gelingt der kulturelle Nachweis ebenfalls recht selten.) Die Untersuchung konnte im vorliegenden Falle aus äußeren Gründen erst eine Woche nach der Operation vorgenommen werden. Aus denselben äußeren Gründen wurde ein Tierversuch — dieser Nachweis ist nach Sonntag der wichtigste und aussichtsreichste — leider nicht angestellt. Noch ein anderer Grund spricht für die Annahme, daß mit der Narbe auch die Ursache des Tetanus — ein Bazillenherd im Körper — entfernt wurde. Es ist auffällig, daß das Rezidiv des zuerst aufgetretenen allgemeinen Tetanus sich ausschließlich auf den rechten Ober-

schenkel beschränkte, den Körperteil, in dem sich die Narbe befand. Auch der erste allgemeine Tetanus begann mit lokalen Krämpfen im rechten Oberschenkel. Goldscheider erklärt sich die von ihm bisweilen bei Tetanusfällen beobachtete vorwiegende Lokalisation der Erscheinungen auf einer Seite durch die Annahme, daß sich das Gift im zentralen Nervensystem besonders auf einer Seite verbreitet, und zwar auf der Seite der Eintrittspforte. Wenn man nun hier die Narbe als eine durch das Trauma verursachte neue Eintrittspforte des Tetanusgifts auffaßt, so wird die Lokalisation der Krampferscheinungen im rechten Oberschenkel schon verständlicher. Es wäre denkbar, daß durch das Trauma nur in sehr geringer Zahl vorhandene bzw. wenig virulente Tetanusbazillen mobil gemacht wurden, deren Toxine nach dem Hinaufwandern längs des N. femoralis sich nicht im Zentralnervensystem weiter ausbreiten konnten, sondern ihre Wirkung nur auf das spinale Gebiet des rechten N. femoralis beschränkten, welches sie zuerst erreichten. Der Umstand, daß bei der Operation die Narbe fast in ganzer Ausdehnung mit der Quadrizepsmuskulatur verwachsen gefunden wurde und daß in unmittelbarer Nähe dieser Stelle einige Muskeläste des N. femoralis zu erkennen waren, spricht weiter dafür, daß hier der Ausgangspunkt des Rezidivs zu suchen ist. Daß ein steckender Fremdkörper nicht in Frage kam, wurde schon in der Krankengeschichte erwähnt. Hervorgehoben zu werden verdient noch, daß es als zweckmäßig erachtet wurde, die Operationswunde nicht zu vernähen, sondern offenzulassen. Es wurde dabei von dem Gedanken ausgegangen, daß möglicherweise durch die Operation nicht alle Tetanusbazillen entfernt würden und für diesen Fall der Luftzutritt einen entwicklungshemmenden Einfluß auf die nach der Operation eventuell noch vorhandenen Tetanusbazillen ausüben werde.

(D. m. W. 1919 Nr. 34.)

Die Bekämpfung postoperativer Durstzustände mittels Cesol-Merck. Von Dr. Rudolf Decker jun. (Aus Hofrat Dr. Deckers Sanatorium in München). Wolffenstein und Löwy ist es gelungen, auf synthetischem Wege ein Mittel darzustellen, das ähnlich wirkt wie das Pilocarpin, das jedoch frei von schädigenden Nebenerscheinungen ist. Diese synthetisch dargestellte Substanz ist ein Derivat des Pyridins, das sich im Wasser gut lösen läßt und in Form von subkutanen Injektionen dem Körper einverleibt wird. Es befindet sich dieses Mittel unter dem Namen Cesol im Handel, und zwar in den gebräuchlichen Amphiolen, enthaltend 0,2 der wirksamen Substanz in 1 ccm Wasser. Verf. hat jeweils die volle Dosis gegeben, ohne irgendwelche unangenehmen

Nebenerscheinungen zu bekommen. Schon $\frac{1}{4}$ Stunde nach der Injektion hört das quälende Durstgefühl auf, es tritt reichliche Speichelsekretion ein, und die Kranken fühlen dadurch eine wesentliche Erleichterung. Die Dauer der günstigen Einwirkung beträgt im allgemeinen 4—6 Stunden, manchmal auch länger, bis allmählich der reichliche, jedoch nicht über das Normale sich erhebende Speichelfluß wieder nachläßt. Die Einspritzung kann dann, wenn nötig, wiederholt werden, ohne daß dadurch eine schädigende Wirkung zu befürchten wäre. So haben wir in Cesol ein Mittel, den flüssigkeitstgierigen Kranken in den ersten Tagen nach der Operation ihre Qualen wesentlich zu erleichtern, ohne ihnen dadurch zu schaden, wie es bei Magenoperierten durch Flüssigkeitszufuhr der Fall wäre. Daß durch dieses Mittel auch anderweitig bedingte Durstzustände behoben werden können, erscheint nach den gemachten Erfahrungen für sicher.

(M. m. W. 1919 Nr. 52.)

Wie kann man in der Praxis sicher und mit wenig Mitteln ein pleuritiches Exsudat ablassen. Darüber schreibt Magnus (Marburg): „Ein Trokar wird von der Innenseite her so durch einen Gummifingerling gestochen, daß dessen Kuppe auf dem Stichblatt liegt. Dann wird der Fingerling entrollt, so daß er den Handgriff des Stiletts zum Teil lose einhüllt. Nun wird der Trokar eingestochen, das Stilett herausgezogen. In diesem Augenblick läuft das Exsudat durch die Kanüle und durch den nun schlaff herunterhängenden Fingerling ab. Sobald der Patient inspiriert, legt sich der Gummi als Ventil vor das äußere, offene Ende der Kanüle und verhindert den Lufteintritt in die Pleurahöhle. Im Moment der Expiration drängt die Flüssigkeit den Gummi wieder ab und läuft ungestört aus. Es läßt sich also lediglich mit einem Trokar und einem Gummifingerling eine Pleura-Punktion bewerkstelligen, ohne daß dabei ein Pneumothorax eintreten kann“.

(Ther. Halbmhft. 1920 Nr. 1.)

b) Innere Krankheiten.

Der Aderlaß in der Therapie der Infektionskrankheiten. Von Prof. R. Hilgermann (Aus dem Staatlichen Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten Saarbrücken). Bei der Infektion des menschlichen oder tierischen Organismus wirken die eingedrungenen Krankheitserreger, außer durch mechanische Funktionsstörungen, hauptsächlich schädigend durch die von ihnen produzierten Ektotoxine und die bei ihrem Zerfall frei werdenden Endotoxine. Der Wert einer therapeutischen Maßnahme läßt sich

erst dann erweisen, wenn stets gleiche Erfolge unter denselben Bedingungen erzielt werden. Letzteres war Verf. möglich zu erreichen an einem größeren, durch die gleiche Erregerart bedingten Krankheitsmaterial, der Weilschen Krankheit. Bei dem gehäuften Auftreten dieser Erkrankungsform an der Westfront standen therapeutische Erfahrungen nicht zur Verfügung, man war auf Mutmaßungen und Überlegungen angewiesen. Zur Entlastung des Körpers von den Krankheitserregern und ihren Toxinen, der Reizung und Anregung zur Bildung von Antitoxinen, wurden dem Kranken sofort nach der Aufnahme etwa 300 ccm Blut durch Aderlaß abgelassen und reichliche Infusionen mit physiologischer Kochsalzlösung angeschlossen. Bald nach dem Aderlaß und den Infusionen besserte sich das Allgemeinbefinden, das Bild der schweren Vergiftungserscheinungen ging zurück, die Temperatur sank allmählich zur Norm. Während das Blut bei der Blutentnahme eine schmutziggdunkle Verfärbung zeigte, sehr dünnflüssig mit der Neigung zu leichter Zersetzbarkeit war, ließ sich eine deutliche Regeneration im weiteren Krankheitsverlauf beobachten. Außer der Hebung des Antitoxingehaltes durch den Aderlaß war durch die reichlichen Infusionen eine Verdünnung des im Blut zirkulierenden hämolytischen Toxins erreicht worden. Daß der Aderlaß in Verbindung mit der Infusion direkt bestimmend auf den Krankheitsverlauf war, ergab sich außer der Besserung des Allgemeinbefindens, dem Abfall der Temperaturkurve, der Regeneration des Blutes auch aus dem Verhalten des Organismus beim Eintreten von Rezidiven. Die auf die Reaktion der blutbildenden Organe einsetzende Bildung von Immunkörpern war nicht genügend gewesen, um eine vollständige Parallelisierung der Krankheitserreger und ihrer Gifte herbeizuführen. Diese im Organismus zurückgebliebenen, sich vermehrenden und nun wieder neue Toxine produzierenden Erreger konnten das Bild des Rezidivs auslösen, das heißt ihre schädigenden Wirkungen von neuem entfalten. Durch die Wiederholung des Aderlasses jedoch und durch die hierdurch wiederum bedingte Abwehrreaktion der Antikörper erzeugenden Organe in Verbindung mit Infusionen konnten sie schließlich ausgeschaltet und behoben werden. Die mit vorstehend ausgeführter Therapie bereits bei anderen Krankheitsformen erzielten günstigen Ergebnisse konnten an einem so umrissenen Krankheitsbild, wie es die Weilsche Krankheit darstellte, in systematischer Durchführung bestätigt werden. Es gelang, schwerste Erkrankungsfälle der völligen Heilung zuzuführen, und dürfte dieser Erfolg um so beweisender sein, als der Krankheitsverlauf und die Mortalität durchweg sehr ungünstig waren, wurde doch bis zu 13% Mortalität beobachtet. In der Frühbehandlung schwerer Formen

von Infektionskrankheiten dürfte daher dieser Therapie -- frühzeitiger reichlicher Aderlaß in Verbindung mit Kochsalzinfusionen -- neben den sonstigen spezifischen Methoden eine größere Bedeutung als bisher zuzusprechen sein. Daß der Aderlaß in der Therapie der Infektionskrankheiten noch nicht die ihm gebührende Beachtung und konsequente Durchführung erfahren hat, dürfte daran liegen, daß er meist erst ausgeführt wird, wenn bereits bedrohliche Erscheinungen eintreten, das heißt, wenn der Organismus respektive die Zellen bereits längere Zeit unter dem Einfluß der schädigenden Antigene gestanden haben. Dann allerdings ist trotz der Reizung der Zellen eine erhöhte Regeneration des Antitoxingehaltes nicht mehr zu erhoffen. Es ließ sich dies auch deutlich beim Krankheitsverlauf der einzelnen Fälle beobachten und verfolgen. Bei denjenigen Fällen, welche erst im späteren Stadium der Erkrankung in Lazarettbehandlung kamen, also bei solchen, welche bereits längere Zeit unter der Wirkung des Antigens gestanden hatten, zeigte das Blut bei der Blutentnahme eine besonders prägnant schmutziggdunkle Verfärbung mit der Neigung zu leichter Zersetzbarkeit als Ausdruck der bereits weit vorgeschrittenen Schädigung. Es war dies besonders bei dem einen zum Exitus gekommenen Patienten der Fall, bei welchem zunächst ebenfalls infolge des Aderlasses und der Infusionen eine mehrere Tage dauernde Besserung eintrat. Dieselbe konnte aber nicht anhalten, weil der Organismus respektive die antitoxinbildenden Organe bereits schon zu lange unter dem Einfluß des Antigens gestanden hatten, also daß eine ausreichende Regeneration der Antikörper und damit eine Unschädlichmachung des Antigens möglich gewesen wäre. Wir müssen mithin den Aderlaß zu einer Zeit machen, wo noch verhältnismäßig wenig Toxin von den Organen gebunden, von den empfindlichen Zellen verankert ist, sodaß die durch die Reizung der Zellen in die Blutbahn abgestoßenen Immunkörper über die vorhandenen Toxine das Übergewicht erlangen, und auch die Zellen selbst die gebundenen schädigenden Substanzen noch ausschalten und entstandene Defekte rechtzeitig ausgleichen können, das heißt im Initialstadium der Krankheit.

(M. Kl. 1919 Nr. 42).

Zur Behandlung des Rotlaufs. Von Priv.-Doz. Dr. Franz Bardachzi in Prag-Teplitz-Schönau. Aus seinen eigenen Beobachtungen kann Verf. schließen, daß weder die Behandlung mit kolloidalen Silberpräparaten, noch die Rotlichtbehandlung den Verlauf der Rotlaferkrankungen günstig beeinflusst und daß man daher berechtigt ist, von diesen Behandlungsarten abzusehen. Nach Durchsicht der Literatur kann er sich auf Grund der Er-

fahrungen weiter die Feststellung erlauben, daß auch keine andere der zur Behandlung des Erysipels bisher empfohlenen spezifischen Methoden einen Vorteil vor der gewissenhaften symptomatischen Behandlung, die zudem für den Kranken die angenehmste ist, darbietet. Die Kranken erhielten bei möglichst sorgfältiger Pflege feuchte Umschläge mit verdünnter Burowscher Lösung auf die erkrankten Hautpartien und innerlich mehrmals täglich Aspirin mit Koffeinzusatz. Bei allen schweren Fällen wurde außerdem Digitalis verordnet. Im ganzen wurden auf diese Weise 183 Fälle behandelt, und Verf. gelangte zur Ueberzeugung, daß mit dieser bewährten Methode vollkommen die gleichen Erfolge erzielt werden wie mit jeder anderen als spezifisch empfohlenen.
(D. m. W. 1919 Nr. 45).

Die Behandlung der Dysenterie mit Formalineinläufen.
Von Dr. Erwin Schiff. Verf. ließ aus Formalin eine 1%ige Lösung herstellen. Dieser Lösung entsprach also ein Formaldehyd-gehalt von 0.4%. Von derselben wurden täglich zweimal, und zwar vor- und nachmittags je 300 cm³ in Form von Einläufen gegeben. (Seitenlage des Kranken mit heraufgezogenen Beinen. Ein weicher Gummikatheter wurde einige Zentimeter hoch ins Rektum geführt). Es ergab sich, daß alle mit diesem Verfahren behandelten Fälle betreffs des Krankheitsverlaufes eine bestimmte Regelmäßigkeit zeigten. Schon binnen der ersten Tage setzten die blutigen Entleerungen aus, die Zahl der Stühle und auch der Stuhl drang nahmen ab, Schritt für Schritt besserte sich damit auch das Befinden des Patienten. Rezidive wurden bis jetzt nicht beobachtet. Wie bereits erwähnt, wurden täglich zweimal 300 cm³ der 1%igen Formalinlösung in Form von Einläufen verabreicht. Sobald auch der Schleim aus den Entleerungen verschwunden und diese eine breiige Konsistenz annahmen, wurde die Formalinbehandlung noch eine Woche lang, aber nur einmal am Tage, vorgenommen. Dann setzte Verf. mit derselben aus, auch dann, wenn die Entleerungen noch nicht von normaler Konsistenz waren. Schließlich sei eine unangenehme Seite dieser Therapie erwähnt. Die Formalineinläufe werden nämlich von mehreren mehr oder weniger schmerzhaft empfunden. Meistens dauern diese Schmerzen nur während der Zeit des Einlaufes. Schon nach einigen Tagen aber, Hand in Hand mit dem Heilungsprozeß, nehmen die Schmerzen immer mehr und mehr ab. Ist die Dysenterie geheilt, so verursacht Formalin keine Schmerzen mehr. Der Zustand weist mit der größten Wahrscheinlichkeit darauf hin, daß der anatomische Prozeß zur Heilung kam. Kontrollversuche an Patienten mit intaktem Darm ergaben, daß bei denselben die Formalineingänge

nicht die geringsten schmerzhaften Empfindungen auslösten. Diesen zumeist nur in den ersten Tagen auftretenden schmerzhaften Empfindungen könnte man eventuell durch die kombinierte Anwendung anderer Medikamente entgegentreten.

(W. kl. W. 1919 Nr. 41).

Trypaflavin, ein inneres Antiseptikum. Von Prof. Dr. K. Bohland (Aus dem Johanniterkrankenhaus in Bonn).

Zusammenfassung: 1. Die von Neufeld und Schiemann experimentell festgestellte Tatsache, daß Trypaflavin auch im lebenden Körper von der Blutbahn aus Bakterien zu töten vermag, scheint mir nach meinen schon vorher angestellten klinischen Versuchen auch für den Menschen Gültigkeit zu haben.

2. Das Mittel erscheint mir indiziert bei allen Bakterienkrankheiten, bei denen die Erreger auch in der Blutbahn gefunden werden, vor allem bei der Sepsis und bei der Pneumonie. Auch bei Krankheiten, deren Erreger wir noch nicht kennen, die aber mit Mischinfektionen einhergehen, wie Masern, Scharlach, Pocken, ist ein Versuch anzuraten. Ob die von Neufeld und Schiemann behauptete elektive Wirkung des Mittels bei der Behandlung der verschiedensten Infektionskrankheiten zum Ausdruck kommt, kann nur durch ausgedehnte Versuche festgestellt werden. Gegen Protozoen hat sich das Trypaflavin beim Menschen nicht bewährt, es war erfolglos gegen Malaria und Schlafkrankheit.

3. Auch an den Ausscheidungsstellen des Trypaflavins in den Nieren, der Leber, dem Lungensputum, entfaltet das Mittel, wie man als höchstwahrscheinlich annehmen darf, noch seine desinfizierende Wirkung, und es sollte deshalb auch bei infektiösen Erkrankungen der Niere und Harnwege, der Leber und der Gallengänge versucht werden.

(M. Kl. 1919 Nr. 46.)

Behandlung der Herzdilatationen bei Schilddrüseninsuffizienz. Von Privatdozent Dr. Hermann Zondek, (Aus der I. medizinischen Klinik der Charité in Berlin). Nicht jede Dilatation des Herzens ist schlechthin auf eine Myodegeneratio cordis gewöhnlicher Aetiologie zu beziehen. Ebenso wenig können Klappenfehler und angeborene Vitien in allen Fällen verantwortlich gemacht werden. Vielmehr ist stets auch an die Möglichkeit zu denken, daß die Vergrößerungen des Herzens auf Störungen innersekretorischer Art zurückgeführt werden müssen, namentlich dann, wenn genügend Anhaltspunkte für myokarditische oder Klappenveränderungen nicht vorhanden sind. Neben einer allerdings meist nur geringgradigen Hypertrophie des linken Ventrikels bei Basedowkranken, deren Herz die bekannte allgemeine Erregtheit der Aktion

aufweist, kommen auch Herzstörungen vor, die im Gegensatz zu den genannten auf eine A- oder Hypothyreose bezogen werden müssen. Verf. hat 1918 erstmalig darauf hingewiesen, daß bei Myxödematösen stets früher oder später Herzdilatationen auftreten, die unter Umständen einen sehr hohen Grad erreichen können. Es kommt zu außerordentlich starken Erweiterungen beider Herzhälften, Bradykardie bis zu 50 und 60 Schlägen in der Minute, wechselnden systolischen Geräuschen über allen Ostien, während der Blutdruck sich auf normaler Höhe bewegt. Dabei stellt das Herz, vor dem Röntgenschirm betrachtet, eine auffallend wenig aktionskräftige, träge Masse dar, der Kontraktionsablauf ist schleichend, und das ganze Herz entspricht gewissermaßen dem Aeüßeren der Kranken, das sich durch die bekannten Züge von Apathie, Langsamkeit und Gleichgültigkeit kennzeichnet. Es ist erstaunlich, wie relativ gering die allgemeinen Dekompensationserscheinungen im Vergleich zu der starken Erweiterung der Herzhöhlen sind. Immerhin besteht meistens Kurzatmigkeit schon bei kleinen Anstrengungen, leichte Zyanose, gelegentlich Unbehagen und Sensationen in der Herzgegend, selten aber kommt es zu Oedemen oder andersartigen Stauungen. Es gibt zweifellos vielmehr derartige durch Schilddrüseninsuffizienz hervorgerufene Herzerweiterungen, als man zunächst glauben möchte. Die Zahl der abortiven Myxödemfälle, von denen die meisten mit Herzstörungen der genannten Art einhergehen, sonst aber nur wenige oder einige Züge des Myxödems tragen, wie z. B. eine sehr trockene Haut, rauhe Sprache, starkes Kältegefühl mit Untertemperatur, leichte Schwellungen im Gesicht oder dergleichen, ist sicher groß. In differentialdiagnostischer Hinsicht aber ist das Elektrokardiogramm von größter Bedeutung. In ihm ist regelmäßig ein Fehlen der Vorhofsacke und Nachschwankung festzustellen, ein Befund, der speziell für das Myxödemherz sehr charakteristisch zu sein scheint. Es ist nun durchaus verkehrt, Herzen dieser Art wegen der starken Dilatation mit Digitalis oder ähnlichen Herzmitteln zu behandeln. Der Erfolg ist gleich Null. Weder Herzgrößen noch Diurese noch Stauungserscheinungen sind damit irgendwie zu beeinflussen, dagegen wirkt das Thyreoidin im Sinne spezifischer Substitutionstherapie Wunder. Alle subjektiven und objektiven Erscheinungen bessern sich zusehends, und schon nach vier bis acht Wochen ist die Herzgröße unter Umständen aus extremster Dilatation zu den normalen Maßen zurückgekehrt. Gleichzeitig tritt auch eine Veränderung im Aeüßeren der Kranken ein, insofern, als die myxödematösen Symptome verschwinden. Den Verlauf der Besserung kann man auch gut am Elektrokardiogramm verfolgen. Nach und nach stellen sich sowohl Vorhofsacke als auch Nach-

schwankung wieder ein, und zur Zeit, wo die Herzgröße normal ist, ist das gleiche auch beim Elektrokardiogramm der Fall. Die Medikation erfolgt am besten in Form von Thyreoidinpulvern (dreimal täglich 0,1). Thyreoidintabletten (Merck, Freund & Redlich usw.) scheinen weniger wirksam zu sein. Gewöhnlich ist die Dosis ausreichend. Zunächst muß ihre Darreichung über zirka acht Wochen fortgesetzt werden. Dann aber hört man zweckmäßigerweise für zwei Wochen auf, erneuert darauf wieder die Darreichung für die gleiche Zeit und setzt für vier bis sechs Wochen aus, muß sich im übrigen aber ganz nach den Angaben der Kranken und etwa wieder einsetzenden Beschwerden richten. Der beste Wegweiser für die Therapie ist das Elektrokardiogramm. Im Laufe der Behandlung erreicht namentlich die Nachschwankung eine beträchtlich übernormale Höhe. Es ist dann der Zeitpunkt für die Unterbrechung der Therapie gegeben. Sinkt die T-Zackenhöhe wieder unter die normale Höhe, so ist die Indikation für die Wiederdarreichung gegeben. Indes sind die Angaben der Patienten über ihr Befinden in der Regel auch ohne Elektrokardiogramm genügende Anhaltspunkte. Die Kranken vertragen das Thyreoidin ausgezeichnet. Man kann sagen, daß im gewissen Sinne ein Heißhunger danach besteht. (Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 10.)

Ueber Fangobehandlung mit einem neuen Fangopräparat (Polyfango). Von Prof. Karl Grube, Neuenahr. Pulver von feinem, grauen Aussehen, an Beschaffenheit ähnlich dem gewöhnlichen pulverisierten Fango aus der Eifel. Von letzterem unterscheidet sich dieses neue Pulver in einem sehr wichtigen Punkte. Denn während der gewöhnliche Fango zur Herstellung des heißen Breies besonderer Vorrichtungen, zum mindesten aber heißen Wassers bedarf, ist für die Herstellung eines heißen, plastischen, längere Zeit heiß bleibenden Breies aus Polyfango nichts anderes notwendig als kaltes Wasser, mit welchem besagtes Pulver verrührt werden muß. Es entsteht dann unmittelbar während des Umrührens ein zirka 50° C heißer, weicher Brei, der sofort benutzt werden kann. Dieses Pulver wird hergestellt aus bestem pulverisierten Eifelfango-Neuenahr und entwässertem Bittersalz, welches letzteres nach einem dem Erfinder patentierten Verfahren gewonnen wird, und zwar werden auf zirka 80 Teile Fango ungefähr 20 Teile dieses entwässerten Pulvers gebraucht, um die für die Behandlung nötige Wärme zu erzielen. Man kann übrigens durch Zusetzen von mehr oder weniger Bittersalz jede gewünschte Temperatur erhalten. Die Versuche zeigen, daß der aus Polyfango und kaltem Wasser hergestellte Brei die Wärme länger und besser hält, als der aus gewöhnlichem Fango mit

heißem Wasser hergestellte. Der Brei reagiert vollkommen neutral und hat keinerlei nachteilige Wirkungen auf die Haut. Verf. hat mit demselben eine Reihe von Versuchen an Kranken und an sich selber angestellt. Man kann den Brei entweder direkt auf die Haut auftragen, wodurch die Wirkung etwas intensiver ist, oder man kann ihn auch in Leinwand eingeschlagen auf die erkrankte Stelle auflegen. Man bedeckt dann den Umschlag mit einem isolierenden Stoff z. B. Billrothbatist, und packt dann den Kranken gut in wollene Decken ein, sodaß ein leichtes Schwitzen entsteht. Der Brei verliert nun allmählich seine Plastizität, wird trocken und hart und kann dann einfach abgenommen werden. Man kann dann beobachten, daß die Haut unter dem Umschlag sich heiß anfühlt, von rotem Aussehen und meistens mit Schweiß bedeckt ist. Die Zeit zwischen dem Auflegen des heißen Breies und dem Moment, da der Umschlag hart geworden ist, beträgt zirka eine Stunde. Natürlich kommt es sehr darauf an, daß die Technik eine einwandfreie ist, und daß der Kranke gegen Verdunstung nach außen und Abkühlung durch wollene Decken genügend geschützt ist. Polyfango (Firma Müller & Kappert in Neuenahr) kommt in den Handel in Packungen von $1\frac{1}{2}$ Pfd. und in Hobboks von 5 und 10 kg. (M. Kl. 1919 Nr. 43.)

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Einige Beobachtungen bei Arthigonbehandlung der Zervixgonorrhoe. Von Dr. Bennauer (Hautklinik der Städt. Krankenanstalten Dortmund). Behandelt und beobachtet wurden 50 Fälle der Zervikal- und Adnexgonorrhoe. Es waren jedoch alles Fälle subakuter oder chronischer Gonorrhoe. Die Erfolge waren recht verschiedenartig, aber es wurden doch mit Sicherheit 34 Fälle günstig beeinflußt respektive geheilt. Bei einzelnen Patientinnen trat ein bis zwei Stunden nach der Injektion Schüttelfrost und Fieber bis 39° auf. Diese Patientinnen hatten die meiste Aussicht auf Heilung, und zwar hat Verf. diese Erscheinungen nur bei Patientinnen beobachtet, deren Gonorrhoe höchsten zwei Monate alt war. Hier sah er aber einzelne Kranke mit starkem eitrigem Ausfluß, der schon nach der zweiten Injektion verschwunden war. Bei anderen trat nach den Injektionen nur noch ein dünner, weißer Ausfluß auf, der keine Gonokokken mehr enthielt. In zwei Fällen beobachtete Verf. nach der Kur im Muttermunde einen klaren, glasigen Schleimpfropf, der auch nach wiederholten Aufstrichpräparaten keine Gonokokken mehr zeigte. Die Patientinnen blühten auf. Auch bei Fällen älterer Zervikal- und Adnexgonorrhoe bemerkte man ein Geringerwerden des Ausflusses, auf den die

Patientinnen selbst einen aufmerksam machen, aber Verf. sah bei diesen Kranken keine Heilung. Der Ausfluß wurde wieder stärker nach 10 bis 20 Tagen und Verf. hat keine gonokokkenfreien Präparate gesehen, sodaß er im allgemeinen dazu gekommen ist, Arthigoninjektionen bei Kranken anzuwenden, deren Gonorrhoe nicht älter als 6 bis 8 Wochen ist. Für die fast stets mit der Zervikalgonorrhoe einhergehende Gonorrhoe der Urethra hat Verf. keine Erfolge beobachtet. Die Urethra enthielt in ihrem Aufstrichpräparat stets Gonokokken, wenn sie nicht durch die lokale Behandlung beseitigt wurden. Die Art der Injektionen war so, daß Verf. das Arthigon zuerst subkutan, nachher aber nur noch intravenös in Dosen von 0,5 bis 2,0 aufsteigend injizierte. Bei Fällen älterer Zervikalgonorrhoe hat Verf. in Abständen von 10 Tagen diese Kur 2 mal wiederholt und dadurch noch bei einzelnen dieser Fälle eine Heilung erzielen können.
(M. Kl. 1919 Nr. 45.)

Was ist bei der Salvarsanbehandlung zu beachten? (Aus der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten zu Dortmund). Prof. Dr. Fabry (Dortmund) gibt folgende Richtlinien für praktische Aerzte. „Wir haben in dem von P. Ehrlich entdeckten Präparat ein die Syphilisspirochäten abtötendes Syphilisheilmittel, das wie kein zweites die syphilitischen Erscheinungen zum Schwinden und die Ausheilung der Erkrankung zustande bringt. Die Einführung der Salvarsanpräparate in die Syphilistherapie und ihre klinische Erprobung hat über viele Klippen schließlich dahin geführt, daß man heute behaupten kann, die Salvarsanbehandlung hat ihren dauernden und wohl den ersten Platz in der Syphilisbekämpfung erobert. Die ursprünglich häufiger beobachteten Schädigungen des Körpers durch Salvarsan sind auf ein Minimum zurückgeführt, und auch das, was man heute noch an Salvarsanschädigung sieht, läßt sich in der Mehrzahl der Fälle vermeiden, wenn man mit der nötigen Vorsicht zu Werke geht und alle die Symptome beobachtet, welche erhöhte Aufmerksamkeit und Vorsichtsmaßregeln bei der Vornahme der Behandlung, der Technik, der Indikationen und der Wahl der Präparate verlangen. Man muß bei der Mehrzahl der zur Behandlung kommenden Fälle den alten Standpunkt von der Sterilisatio magna durch eine und auch durch wenige Injektionen verlassen und lernen, daß auch bei den klinisch am günstigsten liegenden Frühfällen Salvarsan öfter gegeben werden muß. Damit soll nicht gesagt sein, daß es nicht gelingt, bei einer großen Anzahl von Syphilitikern der Primärperiode durch einige kräftige Salvarsandosens oder durch die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung die Abortivheilung, das heißt die wirkliche Befreiung des Körpers von allen Spirochäten, herbeizuführen. Es soll nun

hier der Versuch gemacht werden, für den Praktiker, der auf dem Gebiete der Syphilistherapie weniger in der Lage ist, die überaus große und in vielen Zeitschriften zerstreute Literatur zu verfolgen und eigene Erfahrungen zu sammeln, in Form von Richtlinien mit kurzen Stichworten die Punkte kurz zusammenzustellen, deren Kenntnis und genaueste Befolgung für die Therapie unerlässlich ist. Die Zunahme der Syphilis während des Krieges und ihre Folgen haben aber zu der Erkenntnis geführt, daß eine erfolgreiche Bekämpfung dieser Seuche nur möglich ist, wenn alle Aerzte mitwirken, die vielen Fällen von Neuinfektion möglichst früh der sachgemäßen Behandlung zuzuführen und bis zum völligen Erlöschen der Erkrankung zu behandeln, um Rezidive und die mit Recht so gefürchteten Spät- oder Nacherkrankungen zu vermeiden. Besondere Erfahrung aber erheischen die neuen Modifikationen des Salvarsans. Dazu kommt, daß als Folge des Krieges und der Nachkriegszeit viele Syphilitiker in stark erhöhtem Maße empfindlich gegen Salvarsan wie gegen Quecksilber sind. Zumal bei älteren Leuten und schwächlichen Individuen, und bei verschiedenen anderen Erkrankungen trifft dies in ganz besonderem Maße zu.

Merkblatt für Salvarsanbehandlung.

I. Beachtung des Allgemeinbefindens und des Ernährungszustandes. Urinuntersuchung. Vorsicht bei Tuberkulose, Diabetes, Gravidität, Vitium cordis, Neurasthenie, Anämie, Status thymolympathicus. (Symptome sind nach Schridde: die Individuen sind blaß und fettreich. Die Behaarung ist eine heterosexuelle und meist spärlich. Oft besteht ein auffallend kurzer Hals, während die Extremitäten, besonders die Arme, relativ sehr lang sind. Die Gaumenmandeln und die Talgdrüsen der Zunge sind mehr oder minder stark vergrößert.) Nephritis. Hauterkrankungen harmloser Natur, wie Ekzem, Lichen, Psoriasis, parasitäre Erkrankungen der Haut, sind durchaus keine Kontraindikation für die Einleitung der Behandlung; aber auch ernstere Hauterkrankungen, wie Lupus, Pemphigus, fordern nur eine vorsichtiger Behandlung. Verschiedentlich ist beobachtet, daß Leute mit dem sogen. seborrhoischen Zustand zu Dermatitis inklinieren.

II. Diagnosestellung:

1. Lues I und negativer Wassermann. Beachtung der Kupierungsmöglichkeit. Wieviel Tage sind nach der Infektion verflossen?

- a) Erosio primaria spezifische Spirochäte +. Alter: wenige Tage.
- b) Ulcus primarium im Beginn. Alter: 8—10 Tage.
- c) Ulcus primarium mit beginnender Sklerosierung. Alter: ein bis 2 Wochen.

d) Sklerose mit zentralem Ulkus. Alter: 2—3 Wochen.

e) Sklerose vollständig überhäutet. Alter: 3—6 Wochen.

Erosivschanker, so an der Lippe, an der Innenseite des Präputiums, an den großen und kleinen Labien. Sklerose entwickelt sich leichter da, wo das Gewebe fest auf der Unterlage haftet, so im Sulcus retroglandularis, am Frenulum und an der Klitoris. a, b, c, d, e gibt auch die Entwicklung nach der Zeit wieder, und bekanntlich sind die Kupierungsaussichten um so günstiger, je jünger der Primäraffekt ist. Neben dieser klinischen Diagnose ist natürlich immer der einwandfreie positive Nachweis der Spirochäten erforderlich; bei negativem Ausfall der Untersuchung ist wiederholt zu untersuchen [Reizserum, Punktion des Ulkus und der regionären Drüsen].

2. Lues II. Primäraffekt und indolente regionäre Drüsen und positiver Wassermann.

3. Auftreten der Sekundaria. a) Roseola, b) Exanthema maculopulosum inklusive Condylomata lata, Plaques, c) Impetigines et Rupia, d) Mikropapulöses Syphilid (es ist besonders zu beachten, ob Tuberkulose vorliegt).

4. Lues III der äußeren Haut: a) Gummata, b) Ulzera.

Endlich ist noch in manchen Fällen wichtig die Klärung der Frage, ob a) Restsklerose, b) Schanker redux, c) Reinfektion vorliegt, unter Ausführung der Untersuchung auf Spirochäten und der Wassermannschen Reaktion. Diese Untersuchungen sollen in einem bewährten Institut vorgenommen werden, in welchem die Garantie einwandfreier Ergebnisse gesichert ist. Die Patienten werden am besten einem solchen Institut (Klinik, Poliklinik, Untersuchungsamt, Beratungsstelle) überwiesen.

III. Einleitung der Behandlung:

a) Bestimmung der anzuwendenden Dosis, wobei zu berücksichtigen ist vor allem das Alter, das Allgemeinbefinden, das Luesstadium, in welchem der Kranke sich befindet, die Zahl der bereits verabfolgten Injektionen. Man unterscheidet beispielsweise auf Neosalvarsan berechnet zweckmäßig

1. kleinste oder tastende Dosen 0,05 bis 0,15, anzuwenden bei sehr geschwächten Individuen, bei sehr stark entwickelten, sekundärsyphilitischen Exanthemen, bei Verdacht auf Tuberkulose oder bei sonstigen Konstitutionskrankheiten (Diabetes, Nierenstörungen, Status thymolymphaticus).

2. mittlere und am häufigsten zur Anwendung kommende Dosen 0,3 bis 0,45.

3. große Dosen 0,6, welche nur ganz ausnahmsweise zur Anwendung kommen sollten; die häufigste und auch wohl einzig

begründete Indikation dürfte Lues I bei besonders kräftigen Patienten in Fällen einer aussichtsvollen Kupierungsmöglichkeit sein.

Die folgende Tabelle gibt für die heute üblichen Salvarsanverbindungen die Vergleichsdosen an.

	Kleinste und tastende Dosen	Mittlere Dosen	Große Dosen
	ccm	ccm	ccm
Altsalvarsan	0,1 bis 0,2	0,3	0,4
Silbersalvarsan	0,05 bis 0,075	0,1 bis 0,2	0,3
Neosalvarsan	0,15 bis 0,3	0,45	0,6
Sulfoxylat	0,5 bis 1,0	2,0	3,0

b) Intervalle der Injektionen. Zwischen den einzelnen Injektionen müssen mindestens 2—4 Tage liegen, sogen. kleine Intervalle. Große Intervalle 8—10 Tage und mehr, eventuell völliges Aussetzen der Salvarsankur:

1. bei allen Anlässen, die schon eine Herabsetzung der mittleren Dosen begründen.

2. bei allen Anzeichen der Unverträglichkeit gegen die Behandlung, sei es, daß sie sich durch allgemeine Symptome (hohes Fieber, Uebelbefinden, anhaltendes Erbrechen, starken und anhaltenden Kopfschmerz, Ohnmacht oder durch Hauterscheinungen, starke Herxheimersche Reaktion, flüchtige oder stabile Erytheme, beginnende Dermatitis exfoliativa) kenntlich machen.

3. immer, wenn schon längere Zeit behandelt ist.

c) Zahl der Injektionen. Hier ist streng zu individualisieren nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Je frischer oder jünger die Lues ist, je weiter sie noch vom Positivwerden der Wassermannschen Reaktion entfernt ist, um so günstiger liegen die Heilungsaussichten; man gebe aber lieber einige Injektionen mehr, auch bei ganz frischen Fällen, um einen Mißerfolg zu vermeiden. Natürlich kann gerade in solchen Fällen die Wassermannsche Reaktion nicht oft genug gemacht werden. Also lassen wir uns auch durch das prompte Zurückgehen und Abheilen beispielsweise eines Schankers nicht verleiten, die Behandlung zu früh abubrechen; es muß dieselbe prophylaktisch noch einige Zeit fortgesetzt werden.

2. Es wird zu berücksichtigen sein, ob der behandelnde Arzt nur mit Salvarsanpräparaten oder kombiniert mit Quecksilber behandelt; natürlich kann man für alle Stadien der Syphilis, ohne schematisieren zu wollen, 4—6 Salvarsaninjektionen und 10 Quecksilberdepotinjektionen als kleine Kur bezeichnen, 6—10 Salvarsaninjektionen und 20 Quecksilberdepotinjektionen als eine starke Kur.

Hierbei kann nicht dringend genug gewarnt werden vor einer wahllosen Anwendung von Quecksilber und Salvarsan, vor allem wegen der durch alle Quecksilberpräparate möglichen Nierenschädigungen (Wechselmann). Bei kombinierter Salvarsan-Quecksilberbehandlung beginne man mit Salvarsan und lasse dann Quecksilberbehandlung folgen, auch verwende man die beiden Präparate nicht gleichzeitig oder zu bald aufeinanderfolgend.

3. Für den Anhänger der reinen Salvarsanbehandlung wird wahrscheinlich in Zukunft die Kombination starker und weniger stark wirkender Salvarsanpräparate in Frage kommen. Stark wirkend: Altsalvarsan und Silbersalvarsan. Etwas langsamer wirkend: Neosalvarsan und Sulfoxylatsalvarsan. Sulfoxylat scheint uns nach unseren Erfahrungen doch stärker zu wirken als Neosalvarsan. Erstere Mittel dienen vor allem zur schnellen Beseitigung der manifesten und infektiösen Erscheinungen, Neosalvarsan und Sulfoxylatsalvarsan zur völligen Ausheilung. Bei dieser Art der Behandlung würde etwa vier Altsalvarsan oder Silbersalvarsan, sechs Neosalvarsan oder Sulfoxylatsalvarsan als kleine Kur zu bezeichnen sein, sechs bis acht bis zwölf Altsalvarsan oder Silbersalvarsan, acht bis zehn bis zwölf Neosalvarsan oder Sulfoxylatsalvarsan als große Kur. Letztere ist eventuell zu wiederholen oder auch eine schwächere im Sinne der Fournier-Neißerschen intermittierenden Dauerbehandlung. Man hüte sich vor allem Schematismus, sondern individualisiere streng nach der Sache.

4. Je größer die Zahl der verabfolgten Dosen ist, um so größer ist natürlich auch die Gefahr einer sich einstellenden Idiosynkrasie und Empfindlichkeit. Hier muß also der behandelnde Arzt immer vorsichtiger zu Werke gehen und vor allem immer größere Intervalle zwischen den Injektionen (8 bis 14 Tage) verstreichen lassen und besonders aufmerksam auf alle Symptome achten, welche als Anzeichen dafür dienen müssen, die Behandlung für kürzere oder längere Zeit oder überhaupt auszusetzen.

5. Die jetzt doch schon über viele Jahre hinaus gemachten Erfahrungen mit der Salvarsantherapie haben gelehrt, daß es bei allen Salvarsanpräparaten Fälle gibt, bei denen die sichtbaren Symptome zwar prompt und gut verschwinden, der Wassermann aber noch lange Zeit positiv bleibt. Diese Fälle müssen natürlich weiterbehandelt werden oder vor allem monatelang unter häufiger Wassermannkontrolle gehalten werden. Die weiteren Injektionen mit Salvarsan sollen aber nur in ganz großen Intervallen (2 bis 4 Wochen) gemacht werden, um eine Ueberladung des Organismus mit Salvarsan zu vermeiden; und dieser Weg wird, wie mich zahlreiche Fälle gelehrt haben, zum Ziele der Ausheilung führen.

6. Die Frage, ob kombiniert oder nur mit Salvarsan behandelt werden soll, dürfte auch vom erfahrensten Therapeuten schwer zu beantworten sein. Darüber kann aber ein Zweifel nicht bestehen, daß die Salvarsanpräparate gemäß ihrer wesentlich größeren Wirksamkeit schließlich doch die Quecksilberbehandlung immer mehr verdrängen werden; dieses um so schneller, je eher es gelingen wird, die sachgemäße Technik der Salvarsanbehandlung in der Frühperiode einer großen Anzahl von Aerzten zugänglich zu machen. Die meisten von den sogenannten Salvarsanschädigungen sind eben bei guter Kenntnis der Technik und genauer klinischer Beobachtung des Patienten zu vermeiden.

IV. Lösung:

Vor der Lösung ist die Ampulle genau zu prüfen, und zwar darauf, ob die Ampulle schadhaft ist oder ob das Präparat chemisch verändert, oxydiert ist. Schadhafte Ampullen sowie Präparate, welche ihre normale Färbung — bei Neosalvarsan hellgelbe Farbe — verloren haben, müssen unter allen Umständen an die Apotheke zurückgegeben werden. Die Lösung geschieht unmittelbar vor der Injektion, am besten vom Arzt selbst oder von einer absolut zuverlässigen Person unter strenger Einhaltung der Regeln der Asepsis. Die Lösung erfolgt in frisch destilliertem Wasser oder 0,4% iger Kochsalzlösung mit einer sterilen Glas- oder Rekordspritze. Die Injektion hat unmittelbar nach der Lösung zu erfolgen, besonders bei Neosalvarsan ist diese Vorsichtsmaßregel sehr am Platze, da es bekanntlich sehr leicht oxydiert und verdirbt. Die Lösung hat dann einen mehr oder weniger stark rötlichbräunlichen Farbton. Sie darf unter keinen Umständen injiziert werden. Bei Neosalvarsan erfolgt die Lösung relativ leicht, bei Altsalvarsan und Silbersalvarsan langsamer. Die den Präparaten beigegebenen Gebrauchsanweisungen sind genau zu beachten. Auf völlige Lösung ist der größte Wert zu legen. Das Sulfoxylat kommt demnächst in gelöstem Zustand in den Handel und überhebt uns aller dieser Mühewaltung; die Lösung wird unmittelbar in die sterile Spritze — Glas- oder Rekordspritze — von 5 bis 10 ccm Inhalt eingezogen und kann sofort injiziert werden. Die besten Nadeln sind die Platina-Iridium-Nadeln.

V. Injektion:

1. Desinfektion des Terrains — Kubitalgegend — mit Tinct. Jodi 10, Spiritus rectif. 90.

2. Abschnüren der Kubitalvenen mit Gummibinde oder auch mit einem einfachen Tuch durch Assistenten; der Patient kann das Tuch oder die Binde auch selbst halten.

3. Einstechen der mit Nadel armierten Spritze. Wenn die Nadel gut in der Vene liegt, strömt spontan Blut in die Spritze oder aber Blut läßt sich mit Leichtigkeit aspirieren.

4. Langsame und gleichmäßige Injektion der Lösung unter Nachlassen der Venenabschnürung.

5. Stillung der leichten Blutung durch Kompression. Aufpinselung von 2% igem Salizylkollodium auf die Injektionsstelle, kurze Zeit Hochhalten des Armes (3 bis 5 Minuten). Das Nachbluten wird so am besten verhütet. Die Injektion ist zu unterbrechen bei der geringsten Schmerzäußerung und bei eintretender Schwellung an der Injektionsstelle. Besondere Aufmerksamkeit ist am Platze bei Altsalvarsan und Silbersalvarsan. Man beachte die für Silbersalvarsan gegebenen besonderen Vorschriften.

6. Die Neosalvarsaninjektion erfolgt am besten, während der Patient sitzt, ebenso bei Sulfoxylatsalvarsan; bei sensiblen Patienten, sowie bei schwieriger zu applizierenden Präparaten — Altsalvarsan, Silbersalvarsan — in horizontaler Lage. Bei Anwendung dieser Präparate auf jeden Fall, damit keine unwillkürliche Bewegung seitens des Patienten die Injektion stört. Auch ist es bei ambulanter Behandlung nötig, die Patienten bei letzteren Präparaten noch eine Zeitlang — $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde — zu beobachten. Wer die Salvarsantechnik nicht vollkommen beherrscht, muß erst unbedingt an geeigneter Stelle die nötige Erfahrung und Uebung sich erwerben, bevor er sich mit einer so verantwortlichen Behandlung beschäftigt.

7. Die Patienten sind bei jeder Salvarsanbehandlung zu belehren, auf Störungen jeder Art zu achten und darüber zu berichten. Hierbei kommen in Frage: Kopfschmerzen, Uebelbefinden, Erbrechen, Fieber, Frieren, Ohnmachtsanfälle, Schlaflosigkeit, Gesichtsröte, quaddel- und erythemartige Ausschläge, Herxheimersche Reaktion.

8. Ikterus bei Salvarsanbehandlung. Derselbe kann vorkommen im Frühstadium der Syphilis und ist dann meist nur ein rein zufällig katarrhalischer. In neuerer Zeit haben sich die Mitteilungen über Auftreten von Ikterus längere Zeit nach Abschluß der Salvarsanbehandlung — sogen. Spätikterus — gehäuft.

In den vom Verf. beobachteten Fällen lagen ausnahmslos Monoleberrezidive vor, die durch entsprechend eingeleitete Behandlung mit Salvarsan zur Ausheilung kamen. Bei Eintreten von Ikterus muß unter allen Umständen, wenn man ein Monorezidiv und keine Salvarsanschädigung annimmt, die erneute Behandlung mit vorsichtigen tastenden Dosen begonnen werden.

9. Die bedeutungsvollste und ernsteste Erscheinung bei Salvarsan ist die sogen. Encephalitis haemorrhagica. Sie ist,

wenn auch noch nicht gänzlich weder bei Neosalvarsan noch bei Altsalvarsan verschwunden, so doch auf ein großes Minimum reduziert. In Anbetracht des sehr ernsten und gefährvollen Zustandes des Kranken ist unverzüglich für Unterbringung in einem Krankenhaus und Einleitung der entsprechenden Behandlung Sorge zu tragen. Unter allen Umständen muß durch Lumbalpunktion für Beseitigung des Gehirndruckes Sorge getragen werden. Es muß natürlich das Bestreben der wissenschaftlichen Forschung sein, festzustellen, wie solche Vorkommnisse vollkommen ausgeschaltet werden können. Nach den experimentellen Untersuchungen Kolles scheinen die toxischen Wirkungen des Silbersalvarsans in der Tat wesentlich geringer zu sein. Beim Silbersalvarsan sind ja die einverleibten Arsenmengen wesentlich geringer wie bei den anderen Salvarsanverbindungen. Bezüglich der Anwendung des Silbersalvarsans sind vom Georg-Speyer-Hause in Frankfurt a. M. besondere Vorschriften für Lösung usw. ausgearbeitet worden. Das Sulfoxylat hat nach den tierexperimentellen Untersuchungen Kolles die Eigenschaft längerer Remanenz im Körper.

Schlußfolgerungen.

1. Es ist im Interesse einer erfolgreichen Syphilisbekämpfung wünschenswert, daß möglichst viele Aerzte sich an derselben beteiligen.

2. Ein unerläßliches Postulat dafür ist, daß diese Aerzte sich an den zuständigen Stellen die nötigen Kenntnisse in der Diagnose und in der Behandlung der Syphilis durch hinreichend langes Studium angeeignet haben.

3. In allen für die Diagnosestellung schwierigen Fällen darf die Behandlung nur eingeleitet werden, wenn die Diagnose durch mikroskopische und Blutuntersuchung absolut sichergestellt ist, möglichst unter Hinzuziehung eines erfahrenen Facharztes oder einer anerkannten Klinik.

4. Unter diesen Voraussetzungen läßt sich die Behandlung mit Salvarsan durchführen, ohne daß der Patient im geringsten geschädigt wird.

5. Die neuen von Kollé in die Syphilistherapie eingeführten Arsenverbindungen, Silbersalvarsan und Sulfoxylat, bedeuten gegen früher einen wesentlichen Fortschritt. Bei Silbersalvarsan ist es gelungen, durch Einfügen der antisypilitisch wirkenden Silberkomponente die zu verabfolgende Arsendosis wesentlich herabzusetzen. Silbersalvarsan ist die am stärksten spirillentötende Arsenverbindung.

Sulfoxylat hat nach den bisherigen Mitteilungen neben der bequemen handlichen Form, es ist in der Ampulle bereits gelöst, die Eigenschaft längerer Remanenz im Körper.

Es ist gemäß dieser Eigenschaft besonders geeignet für die chronisch intermittierende Behandlung und die Behandlung von Lues ohne Symptome.

6. Bezüglich der Bewertung der Wassermannschen Reaktion haben die klinischen Erfahrungen ergeben, daß eine noch positive Reaktion spontan über kurz oder lang auch da noch negativ werden kann, wo sie am Schluß einer Salvarsankur positiv war.

Es ergibt sich daraus für die Praxis der Grundsatz: bei Patienten, die bereits länger und energisch behandelt wurden, größere Ruhepausen eintreten zu lassen unter häufiger Blutuntersuchung nach Wassermann; also nicht blindlings weiterbehandeln.

7. In Fällen mit Früh- oder Spätsymptomen von Hirnlues ist Liquorkontrolle, wie Gennerich vor allem betont hat, von Bedeutung; ferner ist bei jedem Syphilitiker unter Berücksichtigung des Stadiums der Erkrankung, der bereits erfolgten Behandlung, des Allgemeinbefindens des Kranken strengste Individualisierung nach Dosis, Zahl und Intervall der zu verabfolgenden Injektionen angezeigt.

8. Man hüte sich vor jedem Schematismus.

(M. Kl. 1919 Nr. 47.)

Neue Bücher.

Prescher und Rabs. Bakteriologisch-chemisches Praktikum. Würzburg und Leipzig, C. Kabitzsch. Preis Mk. 11.—. Das Buch liegt in 3. Auflage vor, in der vielfache Verbesserungen und Erweiterungen des Inhalts zu finden sind. Das Werk ist ein zuverlässiger Ratgeber auch für den Arzt.

Huchard H. Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. Uebersetzt von Dr. F. Rosenfeld. 2. Auflage. Leipzig, J. A. Barth. Preis Mk. 10.—. Es war ein Verdienst Rosenfelds, daß er das wertvolle Werk des französischen Forschers den deutschen Aerzten zugänglich machte. Daß er damit wirklich einem Bedürfnisse entsprach, zeigt der Umstand, daß eine Neuauflage nötig wurde. Auch diese wird sicherlich zahlreiche Freunde finden.

W. Hoffmann. Die deutschen Aerzte im Weltkriege. Berlin, Mittler u. Sohn. Was die deutschen Aerzte im Kriege geleistet

haben, welche Erfahrungen sie gemacht, welche Fortschritte die Wissenschaft durch sie gewonnen hat, das zeigt dieses 414 Seiten umfassende Werk, dessen einzelne Kapitel hervorragende Vertreter ihres Faches bearbeitet haben: Klapp die Chirurgie, Jungmann die innere Medizin, Hoffmann die Kriegsseuchen, Mallwitz die Kriegsbeschädigtenfürsorge. Schwiening lieferte „Sanitätsstatische Betrachtungen“, Martineck, v. Tobold u. And. Beiträge zur Organisation und Verwaltung, wie Krankentransportwesen, Versorgung mit Sanitätsausrüstung usw. Jedem Arzt ist die Lektüre dieses Buches warm zu empfehlen.

Außerdem gingen der Redaktion zu (Besprechung vorbehalten):

Ad. Schmidt. Der Muskelrheumatismus (Myalgie). Bonn, Marcus u. Weber.

B. Fischer. Zur Neuordnung des medizinischen Studiums und Prüfungswesens.

Sahli. Ueber die Grippe, Bern, Wyss Erben.

Ribbing. Gesundes Geschlechtsleben vor der Ehe, Stuttgart, Strecker & Schröder.

—, Ehe und Geschlechtsleben, ebenda.

O. v. Schjerning. Die Tätigkeit und die Erfolge der deutschen Feldärzte im Weltkriege; zugleich Einleitung zum „Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege“. Leipzig, Joh. Ambr. Barth.

H. Lemke. Repetitorium der Krebskrankheiten (Breitensteins Repetitorien Nr. 34). Ebenda.

J. Mahler. Repetitorium der Hygiene (Breitensteins Repetitorien Nr. 47). Ebenda.

Flugschriften der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ebenda.

Heft 7. H. Hübner. Moderne Syphilisforschungen.

Heft 8. F. Cordes. Grundlagen und Gefahren des Geschlechtslebens.

Heft 9. R. Brückmann. Schule und Elternhaus im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten.

Heft 11. R. Jaffé. Ueber den gegenwärtigen Stand der sexuellen Jugendbelehrung.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

**Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur**

Preis des Jahrgangs
M. 14.- ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-Rat Dr. Eugen Graetzer** in **Berlin-Friedenau.**

Verlag von **Leopold Voss** in **Leipzig.**

29. Jahrgang

Nr. 8.

Mai 1920

Aetiologisches.

Ein Fall von Dupuytren'scher Kontraktur nach einmaligem Trauma. Von Dr. Otto Mende (Aus der Chirurg. Abteilung der Poliklinik für versicherungsrechtliche und gerichtliche Medizin von Priv.-Doz. Dr. L. Bürger, Berlin). Herr X. fiel am 7. Januar 1903 aus einer stehenden Droschke auf den mit Kies bestreuten Erdboden, und zwar auf die zum Schutze vorgestreckten Hände. Es entstand eine kleine Wunde in der Hohlhand, die übrigens auch erheblich schmerzte. Im Anschluß an diesen Unfall hatte X. über dauernde Schmerzen in der ganzen rechten Hand zu klagen, und er bemerkte eine zunehmende Magerkeit und Schlaffheit des rechten Kleinfingerballens. Bei der Begutachtung am 9. März 1904 war außer den genannten Veränderungen eine Verdickung des Köpfchens des 5. Mittelhandknochens, sowie eine Druckempfindlichkeit über dem 5. Mittelhandfingergelenk zu konstatieren; außerdem bestand eine leichte Beugung beider kleinen Finger zwischen dem ersten und zweiten Gliede, die nach Angabe des Patienten schon seit Jahren vorhanden war, und zwar war links das betreffende Gelenk beweglich, rechts fixiert. Die Metakarpophalangealgelenke der Kleinfinger waren frei. Da die Röntgenaufnahme außer einer Verdickung des Köpfchens des 5. Mittelhandknochens und unregelmäßigen Konturen des Kleinfingermittelhandgelenks ein kleines Knochenstückchen an ungewöhnlicher Stelle zwischen 5. und 4. Mittelhandknochen ergab, so wurde eine traumatische Gelenk- und Knochenhautentzündung mit Absprengung eines kleinen Knochenstückchens angenommen. Bei einer zweiten Untersuchung am 3. September 1908 gab der Patient an, das Leiden habe sich insofern verschlimmert, als er jetzt nicht mehr imstande sei, zu schreiben. Er habe das Gefühl von Kälte, Schwäche und Schwere in der Hand, er habe das Bedürfnis, die Hand zu stützen, sie in

einer Schlinge oder im Rocke zu tragen. Außerdem beständen bei Anstrengungen oder auch ohne äußere Veranlassung Schmerzen, Zittern und Schwitzen der Hand, und es habe sich eine sehr empfindliche Verknotung in der Hand gebildet. Objektiv war derselbe Befund wie bei der ersten Untersuchung zu erheben, nämlich Verdickung des Köpfchens des rechten 5. Mittelhandknochens, die Beugung und Streckung im 5. Mittelhandfingergelenk war aktiv und passiv vollständig unbehindert, seitliche Spreizung nach der Elle hin konnte aktiv nicht vollständig ausgeführt werden, passiv ließ sie sich eher mehr als normal und mehr als links bewerkstelligen. Bei seitlichen Bewegungen im Mittelhandfingergelenk des rechten kleinen Fingers fühlte man zeitweise feines Knistern (Schneeballenknirschen). Der rechte Kleinfingerballen war etwas flacher als der linke. Das rechte Handgelenk war vollständig frei beweglich, es bestand nur subjektiv das Gefühl von Behinderung. In der rechten Hohlhand in der Höhe des Köpfchens des 3. und 4. Fingers waren unter der Haut zwei erbsengroße, sehr derbe, gleichmäßig glatte, gegen die Knochen verschiebliche Knötchen zu fühlen, welche auf Druck sehr empfindlich waren. Der Umfang des rechten Armes war, an verschiedenen Stellen gemessen, durchschnittlich $\frac{1}{2}$ cm geringer als der des linken. Der Händedruck war rechts schwächer als links, da wegen Schmerzen die Finger energisch zur Faust geschlossen wurden. Es bestand langsames grobes Zittern der Finger, besonders des Daumens, rechts viel stärker als links. Schwitzen der Hand wurde während der Untersuchung nicht beobachtet. Eine während der Untersuchung gefertigte Schriftprobe zeigte etwas zerfahrene Schriftzüge, welche eine gewisse Anstrengung des Schreibenden wohl erkennen ließen. Bei einer erneuten Untersuchung am 22. Februar 1909 waren die angeführten subjektiven Beschwerden noch erheblicher geworden, und objektiv war außer dem bisherigen Befunde Zittern der Hände, Steigerung der Kniesehnenreflexe und der Reflexe des 3köpfigen Muskels, Lidflattern, 84 Pulsschläge in der Minute und Verdickung des Köpfchens des 5. Mittelhandknochens nachzuweisen, ferner ganz leichtes Geräusch bei Bewegungen im Mittelhandfingergelenk des rechten kleinen Fingers, sowie Abflachung und Schlaffheit des rechten kleinen Fingerballens. Zwischen dem 4. und 5. Mittelhandknochen nahe dem Köpfchen fühlte man ein kleines Knochenstückchen. In der Hohlhand waren die schon erwähnten kleinerbsengroßen, rundlichen, knorpelharten Verdickungen fühlbar. Auch die Sehnenhaut der Hohlhand erschien im ganzen etwas verdickt und druckempfindlich. Bei stärkerem Druck auf die beiden Verdickungen und bei genauer Untersuchung trat ein leichter Ohnmachtsanfall bei dem Patienten ein, mit

Blässe und Kälte der Haut und 104 Pulsschlägen in der Minute einhergehend. Der Händedruck rechts war viel schwächer als links, die Muskulatur des rechten Armes fühlte sich schlaffer an als die des linken. Drei in verschiedenen Ebenen aufgenommene Röntgenbilder ließen eine Verdickung des Köpfchens des rechten Kleinfingermittelhandknochens erkennen, die Basis des Grundglieds des rechten kleinen Fingers zeigte unscharfe Grenzen. Ein kleiner Schatten lag in der Mitte des Gelenks, ein zweiter, etwas kleinerer zwischen den Köpfchen des 4. und 5. Mittelhandknochens, etwas näher dem kleinen Finger, ein weiterer außergewöhnlicher Schatten lag an der Innenseite der Basis des Grundglieds des kleinen Fingers. Auf Grund dieses Befundes wurde wie bisher an der Diagnose: chronische traumatische Gelenkentzündung mit Absprengung eines kleinen Knochenstückchens, festgehalten. Ebenfalls wurden die schmerzempfindlichen entzündlichen Verdickungen der Hohlhandfaszie als Unfallfolge angesehen. Am 22. Juni 1911 wurde X. abermals untersucht, und die rechte Hand ließ ein weiteres Fortschreiten der Dupuytrenschen Kontraktur, und zwar mit Beteiligung des rechten Ringfingers und einer beginnenden Kontraktur des rechten Mittelfingers erkennen. Ferner war eine Zunahme der Nervenentzündung an der rechten Hand und am Unterarme festzustellen, die durch eine in den Unterarm ausstrahlende Schmerzhaftigkeit sowie durch Atrophie der Handmuskulatur dokumentiert wurde. — Im vorliegenden Falle hat sich also im Anschluß an ein einmaliges Trauma eine Dupuytrensche Kontraktur entwickelt. Wie bei der ersten Untersuchung festgestellt wurde, hatte das Trauma zur Absprengung eines kleinen Knochenstückchens mit anschließender Entzündung der Knochenhaut geführt. Ob es sich bei dem linsengroßen Schatten im Röntgenbilde zwischen den Köpfchen des 4. und 5. Mittelhandknochens um ein abgesprengtes Knochenstückchen oder um ein überzähliges Sesambein handelte, war nicht sicher zu entscheiden. Aber auch in der Annahme, daß es sich um ein überzähliges Sesambein gehandelt hat, sind Folgeerscheinungen eines stattgehabten Traumas, wie die Verdickung und Schmerzhaftigkeit des Köpfchens des 5. Mittelhandknochens, in genügender Zahl vorhanden, und es würde dies an der Beurteilung des Falles nichts ändern. Die lange Zeit, welche verstrichen ist, um das typische Bild der Dupuytrenschen Kontraktur zur Ausbildung kommen zu lassen, spricht keineswegs gegen die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs mit dem Trauma. Die Dupuytrensche Kontraktur ist eine Erkrankung, die sich ganz allmählich, oft im Laufe von mehreren Jahren, entwickelt. Die angeblich seit Jahren schon vor dem Unfälle bei X. bestehenden Verkrümmungen beider kleinen Finger

in den Gelenken zwischen Mittel- und Grundglied haben mit dem Unfalle nichts zu tun. Es sind Veränderungen, wie wir sie häufig angeboren finden. Wollte man sie als den Beginn einer sich selbständig entwickelnden Dupuytren'schen Kontraktur ansprechen, so müßten sie einen fortschreitenden Charakter zeigen. Sie bestehen aber nach wie vor unverändert. Auch beginnt die Dupuytren'sche Kontraktur niemals in den Mittelgelenken der Finger, sondern immer im Grundgelenke. Die mit der Krankheit einhergehenden Schmerzen, die trophischen Störungen und die vermehrte Schweißsekretion der Hand sind als Folgen einer bestehenden Neuritis anzusehen, wie wir sie nach chronischen Reizzuständen häufig finden, sei es nun, daß dieser Reiz durch die fortschreitende Schrumpfung der Hohlhandfaszie bedingt ist, oder daß die Hand durch die Quetschung beim Unfalle mit nachfolgender Knochenhautentzündung in einen solchen chronischen Reizzustand versetzt worden ist. In jedem Falle ist die Neuritis als Unfallfolge anzusehen und auch als solche bei der Beurteilung der Erwerbsbeschränkung anerkannt worden. Da X. nicht mehr imstande ist, die für seinen Beruf notwendigen schriftlichen Arbeiten in dem Maße wie bisher zu verrichten, und außerdem über dauernde Schmerzen und damit zusammenhängende nervöse Beschwerden zu klagen hatte, wurde ihm bis 1911 eine Unfallrente von 25 %, von da ab bis auf weiteres eine Rente von 40 % zugebilligt.

(M. Kl. 1919 Nr. 46.)

Ursache des Hautjuckens. Von Ferd. Bähr in Hannover. Die Ursache mancher Fälle von Prurigo, Pruritus, Urtikaria ist noch dunkel. Jadassohn schreibt z. B. in Lessers Enzyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten: „Eine gewisse Bedeutung scheint (manchmal?) der Beschaffenheit des Bettes zuzukommen; denn ich habe einzelne Male ein sofortiges Rezidiv erlebt, wenn ich die Kinder nur zu Hause schlafen, im übrigen aber vollständig im Hospital leben ließ, und ich habe umgekehrt Freibleiben konstatiert, wenn die Kinder den Tag über zu Hause lebten und im Hospital schliefen.“ — Wahrscheinlich dürften an manchen Fällen die Behandlung der Wäsche, besonders die großstädtische, schuld sein. Verf. hat eine Zeitlang an heftiger Urtikaria gelitten, bis er die Entdeckung machte, daß die Nesseln im frischbezogenen Bett am stärksten auftraten. Die Wäsche wurde aufs Land gegeben, und die Urtikaria war verschwunden. Verf. kennt Personen, welche in guten großstädtischen Hotels über das Vorhandensein von Wanzen klagten. Das Auftreten von Hautjucken ist hier wohl auch auf die Wäsche zurückzuführen. Verf. konnte wenigstens an sich das Auftreten von Urtikaria gleichsam experimentell

beobachten. Er hat auch die Erfahrung gemacht, daß seine Haut prompt auf die Benutzung von Persil reagierte. Es gibt also Individuen, deren Haut auf die bei der Wäsche gebrauchten Chemikalien, wahrscheinlich auch auf gewisse Toilettenseifen, reagiert. Vielleicht läßt sich das Auftreten mancher hiemaler usw. Formen der Prurigo auch durch die geringere Abschwemmung der Haut von solchen Substanzen durch den Schweiß oder die zeitweilige geringere Perspiration der Haut bei gewissen Krankheiten erklären. Vermutlich verdankt der gelegentlich vorkommende „Lazarettausschlag“ ebenfalls der Wäsche seine Entstehung.

(D. m. W. 1920 Nr. 8.)

Diagnostisches.

Zur Diagnostik der Herzsyphilis. Von H. Luce (Aus der III. Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Barmbeck). Zusammenfassung. 1. Die Herzsyphilis ist der Diagnose zugänglich, wenn bei Ausschluß aller anderweitigen ätiologischen Momente plötzlich oder allmählich, klinisch anscheinend unmotiviert, Herzsymptome, namentlich bei jugendlichen Individuen, auftreten und zusammentreffen mit der Feststellung eines positiven Blut-Wassermann.

2. Die Lokalisation der Syphilis in der Herzkammerscheidewand kann klinisch unter dem Bilde der traumatischen Klappenzerreißung (akutes oder subakutes Auftreten von Palpitationen und von Dyspnoe in Verbindung mit subjektiver Wahrnehmung eines Herzgeräusches), sei es spontan, sei es im Anschluß an ein Trauma, in Erscheinung treten, wenn der Durchbruch eines Gummi-knotens im Bereich der Scheidewand zu einer Kommunikation zwischen rechter und linker Herzhälfte geführt hat.

3. Die physikalische Situation wird rebus sic stantibus charakterisiert durch den für Kammerscheidewanddefekte erfahrungsgemäß bekannten klinischen Beobachtungsbefund, vor allen Dingen durch die große Intensität der Herzgeräusche und durch das Vorhandensein von über die ganze Herzgegend verbreitetem starken Schwirren.

4. Auch die spezifische Behandlung der Herzsyphilis ist quoad vitam zweifelhaft und unsicher in ihrem Erfolge, wegen der Häufigkeit der im Gebiet der reizerzeugenden Orte des Herzmuskels vorkommenden obliterierenden Endarteriitis. (D. m. W. 1920 Nr. 3.)

Muskelrheumatismus und Eosinophilie. Von Dr. Curt Staeckert (Aus dem Kreiskrankenhaus in Bernburg a. S.). Daß die gefundene Eosinophilie bei allen an Muskelrheumatismus leiden-

den Personen vorhanden ist, daran hat Verf. nunmehr keinen Zweifel. Ihr Vorkommen ist so konstant und regelmäßig, daß er die Ueberzeugung gewonnen hat, diese Eosinophilie ist ein für den Muskelrheumatismus charakteristisches Symptom. Er hat demgemäß bei allen in Frage kommenden und bei differentialdiagnostisch zweifelhaften Fällen eine Auszählung des Blutbildes vorgenommen. Eine Eosinophilie verwertete er zur Festigung der Diagnose „Muskelrheumatismus“, bei fehlender Eosinophilie konnte er mit Sicherheit eine andere Erkrankung annehmen. Daß ein solches anscheinend einwandfreies Zeichen, wie es diese Eosinophilie ist, von Wert sein kann, hat Verf. bei verschiedenen Fällen von Interkostalneuralgie gesehen, die von anderer Seite für Muskelrheumatismus gehalten wurden. Wie bei anderen Neuralgien, so kommt auch bei der Interkostalneuralgie niemals eine Vermehrung der Eosinophilen vor. Nur durch deren Fehlen konnte in den vorliegenden Fällen die Diagnose gesichert werden. Aber noch in anderer Beziehung ist die Feststellung einer Eosinophilie beim Muskelrheumatismus von großer Bedeutung. Durch sie wird die Frage der Aetiologie dieser Erkrankung in ein neues Licht gerückt. In seinem Werk hält A. Schmidt den Muskelrheumatismus für eine Neuralgie der sensiblen Muskelnerven. Bittorf widerspricht dem, er hält die rheumatisch-entzündliche Entstehung für wahrscheinlicher. Profanter (Wien) erklärt den Muskelrheumatismus als Reizung der Spinalzentren. Dieser und der Schmidtschen Ansicht stehen die Blutbefunde entgegen. Bittorf begründet eingehend seine Auffassung über den Zusammenhang der Eosinophilie mit den rheumatischen Muskelschmerzen. Die Blutbefunde bei des Verf. Vergleichspersonen, die an Neuralgien litten, bestätigen seine Auffassung, daß nämlich die Eosinophilie uns den Weg zeigt, auf dem wir zur Aufklärung der Genese des Muskelrheumatismus gelangen. Jedenfalls scheinen die Theorien von Schmidt und Profanter nicht zuzutreffen, denn eine Vermehrung der Eosinophilen auf neuralgischer Basis ist bisher nicht bekannt.

(D. m. W. 1920 Nr. 7.)

Bauchpalpation im Stehen. Von Prof. G. Holzknecht, Wien. Verf. möchte die langjährige Erfahrung nicht länger zurückhalten, daß für die untersten Abdominalpartien und das Epigastrium die Palpation im Stehen (der Rücken des Patienten an die Wand gelehnt) häufig überraschende, sonst nicht erhältliche Resultate liefert. Während der Röntgendurchleuchtung des Bauches müssen wir so palpieren, und das war der Anlaß zu dieser Erfahrung, welche tiefliegende Tumoren verschiedenster Art und Lokalisation betrifft. Die Ursache ist für das Epigastrium un-

zweifelhaft das Tieferücken der Organe im Stehen, während im Liegen auch bei tiefster Inspiration oft nicht so viel von den in den Hypochondrien verborgenen Befunden bloßgelegt wird wie im Stehen. Die größere Deckenspannung stört häufig nicht. Auch kann sie durch Heben des Unterbauches mit der anderen Hand verringert werden. Die Ursache der Verbesserung der Palpation am Unterbauch scheint nicht ganz geklärt. Die Sache ist aber zweifellos. Davon wohl zu unterscheiden ist die Tatsache, daß während der Röntgenuntersuchung oft Tumoren und Resistenzen gefunden werden, welche vorher nicht entdeckt wurden und ohne das Röntgenlicht auch nachher schwer oder nicht gefunden werden, mit Zuhilfenahme der Durchleuchtung jedoch immer wieder. Hier handelt es sich um sehr kleine, gutverschiebliche Knoten oder um einen deutlichen Röntgenbefund, z. B. ein beginnendes Karzinom des Magens oder Kolons, eine Perigastritis, um ein kallöses Magengeschwür usw. Diese entgleiten der blinden Palpation und können oft nur unter Leitung des Auges palpatorisch verfolgt werden. Man palpiert sie durch sichtbares Durchgleiten- und Wegspringenlassen, wobei der Palpationsbefund zwischen Deutlich und Null schwankt. Im letzten Fall beweist das sichtbare Schnellen die nicht palpierbare, die Norm überschreitende Konsistenz eines dort liegenden Gebildes. Eine Erklärung für die in manchen Fällen besseren Ergebnisse der reinen Palpation des an der Wand stehenden Patienten im Bereiche des Unterbauches steht, wie gesagt, noch aus. Hinsichtlich der Technik ist neben der Mahnung zum legeren Stehen mit fallendem Bauch bloß hinzuzufügen, daß man trachtet, den Leib von untenher einzustülpen, wenn es sich um den Unterbauch handelt, und daß man ihn von untenher unterstützt, wenn es sich um den Mittelbauch oder um das Epigastrium handelt.

(M. Kl. 1920 Nr. 3.)

Kasuistisches.

Primäre Vaginal- und Hautdiphtherie mit postdiphtherischen Lähmungen. Von Dr. G. Leendertz (Medizin. Klinik Königsberg). Das Interessante bei diesem Falle liegt einmal darin, daß das Voraufgehen einer Nasen- oder Rachendiphtherie mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Die Mutter, gewitzigt durch die Erfahrungen mit ihren beiden anderen Kindern, die beide „es im Halse hatten“ und gestorben waren, bemerkt ausdrücklich, daß unsere Kranke nichts im Halse hatte. Auch der Arzt, der schon bei den zuerst erkrankten Kindern zu Rate gezogen worden war, konnte eine diesbezügliche Erkrankung ausschließen. Es handelt sich also mit Bestimmtheit um eine primäre Scheidendiphtherie, offenbar

übertragen durch eines der an Rachendiphtherie erkrankten Geschwister. Weiter ist bemerkenswert, daß der alte Trousseausche Satz auch in diesem Fall zu Recht bestand, wonach eine postdiphtherische Lähmung in dem Bezirk beginnt, der zuerst von der Diphtherie befallen wurde. Meist ist dies ja der Rachen, und die erste Lähmung betrifft das Gaumensegel. Hier war die Vagina der erste Sitz der Diphtherie, und die erste Lähmung trat an der Blase auf. Wie die Gaumensegellähmung 1—2 Wochen nach Abstoßung der Membranen im Rachen aufzutreten pflegt, so erfolgte bei obigem Falle die Blasenlähmung auch in dieser Zeit, nämlich am 9. Tage nach Abstoßung der Membranen. Treten zu der ersten, meist im Bereiche des ursprünglichen Krankheitssitzes lokalisierten Lähmung weitere, von ihrem Sitz unabhängige Lähmungen hinzu, so geschieht das gewöhnlich erst eine Woche nach Auftreten der ersten Parese. Verf. beobachtete ziemlich spät als nächste Lähmung eine solche des Mastdarms, und zwar trat sie erst 18 Tage nach der Blasenlähmung am 48. Krankheitstage auf. Schon am nächsten Tage traten nun die weiteren Paresen des Gaumensegels, der Abducentes, der Oculomotorii und die Ataxie der Beine hinzu. Wie man bisher für die Gaumensegellähmung annimmt, daß sie bei primärer Rachendiphtherie durch direktes Übergreifen der in unmittelbarer Nähe produzierten Toxine bedingt sei, so kann man sich auch in obigem Falle die Entstehung der Blasenlähmung auf diese Art erklären. Die später auftretenden Lähmungen an entfernteren Stellen dürften wohl als Folge einer Toxinausschwemmung ins Blut aufzufassen sein, da ja noch lange Zeit nach Überstehen einer Diphtherie Bazillen im Körper, besonders in der Lunge, nach neueren Anschauungen sich aufhalten sollen.

(M. Kl. 1920 Nr. 6.)

Lebensbedrohende, operativ gestillte Lungenblutung nach Probepunktion. Von Dr. Max Flesch-Thebesius (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M.). Unter den ernstesten Zwischenfällen bei der Thorakozentese gilt die Blutung allgemein als ein sehr selten zu beobachtendes Ereignis. Die Literatur verzeichnet nur wenige Fälle, in denen das Anstechen eines Gefäßes den Tod des Patienten herbeigeführt hat. Einigermassen bekannt sind die vereinzelt beobachteten Blutungen durch Anstechen der Interkostalarterie, so der Fall Naunyns, der tödlich verlief und bei dem die Obduktion eine hochgradig arteriosklerotisch veränderte und erweiterte Arterie zeigte, sowie der von Waldvogel bei einem 3jährigen Kind, das an seinem Grundleiden (Pneumonie) zugrunde ging, wo aber auch bei der Probepunktion die Verletzung des abnorm schräg durch den Interkostalraum ver-

laufenden Gefäßes zu einer schweren Blutung geführt hatte und bei der Sektion im Pleuraraum ein Blutkoagulum „von der Größe des Schädels eines neugeborenen Kindes“ gefunden wurde. Tödliche Blutungen aus der Lunge selbst wurden bisher nur bei alten Frauen mit stark herabgesetztem Allgemeinbefinden beschrieben. Es sind dies die Fälle von Metzlar und Stähelin, bei denen eine Sklerose der Gefäße vorlag, sowie der von Bönninger mitgeteilte. Allen diesen Fällen ist gemeinsam, daß bei der Punktion Blutspucken auftrat und der Tod wenige Zeit später infolge Erstickung durch Verlegen des Bronchialbaumes eintrat. Anders liegen die Verhältnisse im vorliegenden Falle, wo das Anstechen der Lunge bei einem Jugendlichen eine Blutung in eine Empyemhöhle hinein zur Folge hatte, also nicht direkt wahrnehmbar war und so allmählich durch Anämie das Leben des Patienten bedrohte: Kurt M., 15 J., Dezember 1918 doppelseitige alternierende Pneumonie infolge Grippe, anschließend linksseitiges Pleuraempyem. 8. 2. 1919 Rippenresektion. 1. 4. 1919 Heilung vollkommen, Patient nahm 22 Pfd. zu. Am 10. 7. 1919 plötzlich erneut erkrankt mit Brechreiz, Kopfschmerzen, zunehmendem Fieber (bis über 40° abends). Da das Fieber anhielt und Verdacht auf einen Restabszeß vorlag, wurde am 11. 8. ca. 12¹/₂ Uhr mittags von der alten Operationsnarbe in Höhe des 8. Interkostalraumes aus eine Probepunktion vorgenommen. Dieselbe ergab nur leicht violettfarbenes dunkles Blut. Nach der Punktion verfiel der Knabe zusehends, schief ein und wurde immer blasser, besonders an den Lippen. Als der Allgemeinzustand sich am 12. 8. 1919 vormittags weiter verschlechterte, wurde der Patient in die chirurgische Abteilung eingewiesen. — Aufnahmebefund: Wenig kräftiger Junge, sehr blaß, apathisch, Temperatur 38,2°, Puls klein, frequent, 118 pro Minute. Alte Thorakotomienarbe in der Skapularlinie in Höhe der 8. linken Rippe. Linke Thoraxseite bleibt bei der Atmung zurück. Kompakte Dämpfung links hinten unten bis zur Skapula hinauf, nach vorn bis fast zur Herzdämpfung reichend, abgeschwächtes Atmen in diesem Bezirk. Röntgenbild zeigt einen intensiven Schatten links unten. — 12. 8. 1919 nachmittags: Allgemeinzustand hat sich weiter verschlechtert, Temperatur 39,9°, Puls 142. Patient äußerst blaß, deutliche Pulsation der alten Thorakotomienarbe. — 12. 8. 1919 5 Uhr nachmittags Operation. Punktion von der alten Narbe aus ergibt wiederum Blut. Thorakotomie nach Inzision an dieser Stelle. Es findet sich nach Entleerung von 1¹/₂ l dunkelviolettgefärbtem Blut eine zweifaustgroße abgekapselte Höhle, deren mediale Wand durch die Pleura pulmonalis begrenzt und starr fixiert ist und im unteren Drittel eine offenbar von der gestrigen Punktion herrührende Stichöffnung aufweist, aus der un-

ablässig hellrotes Blut ausfließt. Daneben eine erbsengroße Ulzeration. Nach Anlegung einer Gegeninzision am tiefsten Punkt der Höhle mittels Rippenresektion wird ein Tampon auf die blutende Stelle gedrückt. Drainage, Verband. — Das Ausstrichpräparat der blutigen Flüssigkeit zeigt massenhaft Leukozyten neben den roten Blutkörperchen, also Blut + Eiter. Kultur ergibt Strepto- + Staphylokokken. — Glatter Heilungsverlauf. Die Blutung steht nach Entfernung des Tampons am 3. Tage völlig. Am 31. 8. 1919 hat sich die Höhle so weit verkleinert, daß Patient bei gutem Allgemeinbefinden das Bett verlassen kann. Es war also augenscheinlich in dem vorliegenden Falle nach Neuentstehung des Empyems infolge Durchbruchs eines kleinen Lungenherdes die Nadel bei der Punktion durch die Abszeßhöhle hindurch in die Lunge geraten und hatte dort ein Gefäß verletzt. Infolge der mangelnden Retraktionsfähigkeit der Lunge hatte sich die Gefäßwunde nicht schließen können, ebensowenig wie die Punktionsöffnung in der starren medialen Abszeßwand. So hatte es dauernd in die Abszeßhöhle hineingeblutet, daher der zunehmende Verfall des Kranken und die schließlich vom Herzen durch die Blut-Eiter-Ansammlung fortgeleitete Pulsation der alten Hautnarbe. Bemerkenswert ist, daß anscheinend keine schwere Infektion des Lungenparenchyms entstanden ist, obwohl die Nadel durch den strepto- und staphylokokkenhaltigen Inhalt der Restabszeßhöhle hindurch in die Lunge eindrang. Aus diesem Falle wie aus dem oben angeführten geht hervor, daß der Gumprechtsche Satz: „Die Verletzung der Lunge, namentlich mit dünnen Troikarts, hat noch nie zu gefährlichen Blutungen geführt“ nicht zu Recht besteht. Die hohe Bedeutung der Probepunktion soll jedoch hiermit nicht herabgesetzt werden, denn üble Zufälle wie die geschilderten sind wohl nur selten zu beobachten, fallen auch nicht ins Gewicht gegenüber den großen Vorzügen dieses Untersuchungsverfahrens; immerhin glaubt Verf., daß derartige Zufälle öfters vorkommen, als allgemein angenommen wird. Bönninger und Stähelin warnen auf Grund ihrer Beobachtungen davor, die Probepunktion bei alten und sehr geschwächten Leuten vorzunehmen, wegen der schlechten Elastizität des Lungengewebes und der Gefäßwände sowie wegen des Unvermögens solcher Patienten, bei Verletzung eines Gefäßes das in den Bronchialbaum geratene Blut auszuhusten. Obiger Fall lehrt, daß auch bei Jugendlichen gelegentlich bedrohliche Blutungen entstehen können, die aber nicht direkt sichtbar sind. Eine genaue Beobachtung des Kranken nach der Punktion und rechtzeitige Ueberweisung an den Chirurgen kann gelegentlich, wie der vorliegende Fall beweist, für solche Patienten lebensrettend sein.

(M. m. W. 1920 Nr. 4.)

Ein Fall von tödlich verlaufener Gasphegmone nach Koffeininjektion. Von Franz Schranz (Aus dem Krankenhaus der Dominikanerinnen in Düsseldorf-Heerdt). Es sind in der letzten Zeit von verschiedenen Seiten Fälle mitgeteilt worden, in denen im Anschluß an eine Kampher- oder Koffeininjektion von der Stichstelle aus eine foudroyante Gasphegmone mit tödlichem Ausgang auftrat. Das veranlaßt Verf., einen ebensolchen tragischen Fall zu veröffentlichen, in dem gegenüber der lokalen Gasphegmone das Bild der Allgemeininfektion, also der Verbreitung der Gasbakterien auf dem Blutwege, im Vordergrund steht. Es wird dieses Bild der Allgemeininfektion auch von anderen Beobachtern betont gegenüber den im Kriege aufgetretenen Gasphegmonen im Anschluß an größere Schußverletzungen. Es handelt sich um eine 21jährige Berufspflegerin E. F., die früher immer gesund und von blühendem Aussehen war. Sie erkrankte am 21. Oktober 1918 während der Grippeepidemie an einer Grippelungenentzündung. Die Temperatur schwankte während der Krankheit zwischen 38,5 und 39,9°. Da die Herztätigkeit bei der schweren Pneumonie nicht gut war, bekam sie stündlich Kampher, vierstündlich Koffein. Am 25. Oktober nachmittags gegen 3 Uhr bekam sie auf der Streckseite des linken Oberschenkels eine Koffeineinspritzung mit derselben Spritze und derselben Lösung wie bisher. Eine halbe Stunde darauf wurde Verf. zur Patientin gerufen wegen sehr großer Schmerzen an der letzten Einstichstelle. Die Stelle zeigte einen kleinen Blutpunkt, um den herum ein markstückgroßer, ganz leicht geröteter Hof war. Betasten der Stelle war der Patientin überaus schmerzhaft. Knistern oder ähnliche Symptome waren nicht wahrzunehmen. Trotz Umschlägen und Ruhigstellung auf einer Schiene blieb die Patientin unruhig. Im Verlauf der nächsten 2 Stunden ließen die Schmerzen etwas nach, hörten jedoch nie ganz auf. Gegen 9 Uhr abends entleerte die Patientin ungefähr 50 ccm Urin von auffallender Farbe. Er war dunkelbraun und etwas ins Grünliche schimmernd. Er enthielt Eiweiß und eine Spur von Blut. Gegen 10 Uhr abends zeigten sich die ersten auffälligen Veränderungen. Der ganze Oberschenkel, die Kniegegend und ein Teil des Unterschenkels waren stark geschwollen. Bei der Betastung fühlte man, am deutlichsten am Oberschenkel, ein so ausgesprochenes Knistern, als bestünde der ganze Oberschenkel unter der Haut aus einzelnen Luftbläschen. Geradezu erschreckend aber waren die Farbveränderungen der Haut, die stündlich zunahmen und sich auch einige Zeit nach Eintritt des Todes noch weiter ausbreiteten. Die Farbe des Oberschenkels war ein schmutziges Gelbbraun, das an den seitlichen Partien ins Blaurote überging. Auf der Brust, auf den Wangen und an der Stirn traten bläulich-

rote Flecken auf, die aber ebenfalls etwas Schmutzigmißfarbenes hatten. Die Schwellung des Oberschenkels nahm in der Nacht noch zu, der Leib war tympanitisch aufgetrieben. Der Allgemeinzustand wurde immer elender, so daß gegen Morgen der Tod eintrat. Leider konnte Verf. nur den Oberschenkel eröffnen, da die Angehörigen die Sektion der ganzen Leiche verweigerten. Bei der Durchtrennung der Haut quollen aus der Tiefe reichlich Gasblasen, die Muskulatur und die Faszie waren in einen mit Luftbläschen durchsetzten matschigen Brei verwandelt. Die bakteriologische Untersuchung ergab Fränkelsche Gasbazillen. Die Koffeinelösung stammte aus der Krankenhaus-Apotheke und konnte leider nicht mehr bakteriologisch untersucht werden. Zu erwähnen wäre noch, daß die Kranke im Privatbau lag, wo nie, auch nicht während des Krieges, Kranke mit Gasphlegmone gelegen haben. Am auffälligsten erscheint bei der Betrachtung aller bisher veröffentlichten Fälle der häufige Zusammenhang zwischen Grippepneumonie und Gasphlegmone. Wieweit in all diesen Fällen die Gewebsschädigung des Koffeins einerseits, das Gift des Grippeerregers andererseits einen günstigen Boden für die Infektion mit Gasbazillen schafft, müßten Tierversuche zeigen. Am nächsten liegt jedenfalls die Annahme, daß bei der fraktionierten Sterilisation der Koffeinelösung virulente Bakterien oder Sporen am Leben blieben und so zusammen vielleicht mit einer Gewebsschädigung die Phlegmone erzeugten. Die Annahme Brauns, daß die Infektion in den meisten Fällen vom Darm bzw. von der Analgegend ausgehe, ist für obigen Fall zum mindesten unwahrscheinlich, da es sich hier um eine äußerst wohlgepflegte Person handelte und die Einspritzung auf der Streckseite des Oberschenkel gemacht wurde. (M. Kl. 1920 Nr. 7.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Die Chloräthylnarkose. Darüber schreibt Dr. Voll, Furth i. W.: „Die Narkose mit Chloroform, namentlich bei Anwendung des Salizylidchloroform, hatte den großen Nachteil, daß die Wirkung viel zu spät eintrat, so daß ich namentlich in der Geburtshilfe fast ganz auf den wohltätigen Einfluß der Narkose verzichten mußte. Das wurde anders, als ich die Chloräthylnarkose kennen lernte. Die Narkose tritt schnell ein und kann auch Laien anvertraut werden, so daß ich frisch und fröhlich drauflos narkotisierte, bis ich in Guttmanns Therapeutischem Lexikon S. 882 las: „Von der Anwendung des Chloräthyls zu Vollnarkose, wozu Masken mit mehr oder weniger Luftabschluß nötig sind, ist dringend ab-

zuraten“. Diese Angaben Guttman ns veranlassen mich zur Bekanntgabe meiner gegenteiligen Erfahrungen, denn ich habe unter Anwendung des Chloräthyls Dr. Robisch nie die leisesten Störungen, weder bei Erwachsenen noch bei Kindern erlebt, so daß ich geneigt bin, diese angenehmen Erfolge auf die Reinheit des Präparates zurückzuführen. Ich zog selbstredend genaue Erkundigungen ein, die mich dann völlig beruhigten. Natürlich muß man sich in diese Narkose einüben, und anfangs verbraucht jeder zu viel Aethylchlorid. 5,0—10,0 reichen fast immer aus. Man braucht auch nicht den Eintritt der vollen Narkose abzuwarten, ähnlich wie beim Chloroform, wo man auch das präanarkotische Stadium zur Ausführung kleinerer Eingriffe benutzen kann. Entgegen den Angaben anderer fand ich, daß man am schnellsten zur Narkose kommt, wenn man statt einer Maske lediglich eine 6—8 fache Lage von Gaze aufs Gesicht legt. Der Vorsicht wegen gebe ich so früh als möglich eine Spritze von Boehrings Laudanon-Skopolamin, warte dann aber mindestens noch 20 Minuten, bis dieses anfängt zu wirken. Sonst kann durch das aufgeregte Vorstadium der Morphin-Skopolaminwirkung der Eintritt der Narkose hinausgezögert werden. Wenn man nicht warten kann, dann gebe man sofort Aethylchlorid. In der Zwischenzeit hat man genügend zu tun, namentlich mit der Desinfektion der Hände. Erst wenn ich fast fertig bin, lasse ich das Chloräthyl von einer ruhigen Person aufträufeln. Zu diesem Zwecke wird der Verschluß ein wenig gelüftet. Ich lasse im Gegensatz zu anderen zählen; denn sowie das Zählen unsicher wird, beginne ich mit dem Eingriff und lasse nur ganz langsam nachträufeln. Das erreicht man, wenn man die Tube steil hält, so daß der Chloräthylspiegel nur eben an den Verschluß heranreicht. Der Eintritt der vollen Narkose verrät sich durch eine geringfügige Erweiterung der Pupille, welche aber meistens bald wieder einer Verengerung weicht. Besser kann man sich auf die Erschlaffung der Muskeln verlassen. Im ersten Stadium bleiben diese noch gespannt, so daß man in demselben keine Knochenbrüche und Verrenkungen einrichten kann. Uebrigens hält das analgetische Stadium noch einige Zeit nach dem Erwachen an. Bei vorzeitigem Erwachen ist es besser, den Kranken völlig erwachen zu lassen und ihn frisch zu narkotisieren. Man hüte sich ja davor, durch rasches Nachschütten großer Dosen Bewußtlosigkeit erzwingen zu wollen. Bei der kurzen Dauer der meisten Chloräthylnarkosen sind Herzkrankheiten keine Gegenanzeige. Wer besonders vorsichtig sein will, kann eines der deutschen Digitalispräparate vorher intravenös einspritzen. Nierenkranke scheinen empfindlich dafür zu sein, also Vorsicht bei diesen. Angenehm für den Patienten ist der Umstand, daß er wegen des

schnellen Eintrittes der Betäubung nichts ausplaudert. Im Gegensatz zum Chloroform haben weibliche Kranke keine erotischen Träume, was für den Arzt angenehm ist. Vorsichtig muß man mit Gesprächen sein, weil das Gehör zuletzt schwindet und zuerst zurückkehrt. Auf die Pupillen muß man wie beim Chloroform achten. Plötzliche starke Erweiterung zeigt Gefahr an, dann sofort Maske oder Gaze weg, und die Gefahr ist beseitigt; denn wegen des niedrigen Siedepunktes (12°) findet keine Verankerung des Chloräthyls in den menschlichen Zellen statt; anders beim Chloroform, welches bei 63° siedet, deswegen findet eine Zurückhaltung des Chloroforms im Körper statt, so daß es nicht so schnell aus dem Körper entfernt werden kann. Darin besteht die große Gefahr des Chloroforms. Bei länger dauernden Eingriffen setze man mit dem Chloräthyl aus und verwende reines Chloroform, wobei man ganz auffallend wenig braucht; dann ist man jeglicher Gefahr enthoben. Alles in allem kann man sagen, daß das Chloräthyl namentlich dem einfachen Arzte nicht genug empfohlen werden kann.“ (M. m. W. 1920 Nr. 7.)

Zur Wunddiphtherie. Von Dr. A. Weinert (Aus der chirurgischen Abteilung der Krankenanstalt Sudenburg-Magdeburg). Im Laufe des letzten Jahres ist eine größere Anzahl von Arbeiten über Wunddiphtherie veröffentlicht worden. Die Ergebnisse und Folgerungen der verschiedenen Autoren weichen sehr voneinander ab. Ueberraschend war wohl für jeden, der sich mit der Frage näher beschäftigt hat, der hohe Prozentsatz positiver Bazillenbefunde. Auch auf Wunden, die klinisch keinerlei besondere Merkmale, vor allem nicht die der typischen Diphtherie zeigten, ließen sich Diphtheriebazillen feststellen, ja sogar von der Haut solcher Patienten, die vor Monaten an einer Wunddiphtherie gelitten hatten, konnte man trotz längst erfolgter Abheilung echte Diphtheriebazillen züchten. Hatte Verf. in seinen ersten Arbeiten diesem Bazillennachweis vielleicht zuviel Bedeutung beigelegt, so glaubten manche späteren Autoren solche Befunde nur als interessante Feststellungen hinnehmen zu müssen. Nun stehen aber diesem „harmlosen Schmarotzertum“ ohne Krankheitserscheinungen schwerste Fälle von Wunddiphtherie gegenüber. Verf. berichtete über solche, desgl. führten Anschütz und Kisskalt derartige Beobachtungen an. Lexer machte letzthin Mitteilung über 6 schwere Wunddiphtherien, von denen 3 tödlich verliefen. Auch in Magdeburg sind in den letzten Wochen wieder einige schwerste Wunddiphtherien zur Behandlung gekommen; es handelte sich um Eingriffe, die in einer hiesigen Privatklinik unter Anwendung aller aseptischen Kautelen vorgenommen wurden (Teil-

resektion des Oberschenkels wegen Knochenzyste, Osteotomien, Nagelextension), deren Heilverlauf durch die Diphtherie außerordentlich verzögert, deren Erfolg z. T. illusorisch gemacht wurde. Prof. Dr. Blencke konnte nachweisen, daß die Diphtherie durch einen Mann mit einem diphtheritischen Geschwür des Unterschenkelstumpfes in seine Klinik eingeliefert worden war. Auch unter den Lexerschen Fällen befinden sich aseptisch operierte. Küttner, der in Breslau eine ganze Reihe von Wunddiphtherien gesehen hat, stellte Verf. folgende Beobachtungen zur Verfügung. Eine junge Dame, die an anderem Orte eine Laparotomie durchgeführt hatte, hatte an der frischen Narbe gekratzt. Hierauf entwickelte sich von der Narbe aus eine multiple Abszedierung und Infiltration der Bauchdecken, so daß eine große Anzahl von Inzisionen und breiten Spaltungen gemacht werden mußte. Als Küttner die Patientin sah — seit der Operation waren Monate vergangen —, fanden sich 2 Fisteln in den Bauchdecken mit eigenartigem Aussehen der Granulationen. Der Verdacht Küttners, daß eine Wunddiphtherie vorläge, wurde durch wiederholte bakteriologische Untersuchungen im Breslauer Hygienischen Institut bestätigt. Die Bazillen erwiesen sich als avirulent, was in Anbetracht der langdauernden Diphtherie nicht zu überraschen braucht. Verf. hat einen ähnlichen Krankheitsfall erlebt. Die Patientin war in einer Privatklinik operiert worden, war mit kleiner offener Wunde entlassen worden und suchte schließlich wegen einer phlegmonösen Wunddiphtherie, die von der Narbe ausging, die Abteilung auf. Laewen und Beinhardt erlebten den Todesfall eines jungen Mediziners, der sich bei der Pflege Wunddiphtheriekranker ansteckte und nach wenigen Tagen einer schweren Rachendiphtherie erlag; der aus dem Rachen gezüchtete Stamm war besonders virulent. Wilms-Heidelberg fiel einer Rachendiphtherie zum Opfer, zu einer Zeit, da in der Heidelberger Klinik sowohl Rachen- wie Wunddiphtherien zur Beobachtung kamen. Verf. wies schon früher auf die Wunddiphtherie bzw. die Diphtheriebazillen auf Wunden als die mögliche Quelle sonst schwer erklärbarer Rachendiphtherien hin; Laewen und Reinhardt taten dies ebenfalls, der beklagenswerte Todesfall des jungen Mediziners gleicht fast einem „Laboratoriumsexperiment“. Verf. konnte hier den umgekehrten Gang nachweisen. Seit einiger Zeit untersucht er auf einer Männerstation jeden neuen Patienten sofort bei der Aufnahme auf Diphtheriebazillen. Ein junger Mann, der schwere Weichteilverletzungen der rechten Hand davongetragen hatte, offenbarte sich als Diphtheriebazillenträger (Rachen). Bevor Verf. die Nachricht erhielt, daß der Mann Rachenbazillenträger sei, hatte er offene Wundbehandlung angewandt; nach 4 Tagen konnte er

auf den Wunden Diphtheriebazillen nachweisen, auch klinisch hatte sich eine Diphtherie (Beläge, Nekrose usw.) entwickelt. Laewen und Reinhardt verzeichneten bei ihren Kranken, auf deren Wunden sie Diphtheriebazillen gefunden hatten, 10 % Rachendiphtherien und 15 % Rachenbazillenträger, Zahlen, die sich ungefähr mit den vom Verf. früher gegebenen decken. Es braucht demnach nicht zu überraschen, wenn ein Chirurg, der einer septischen Station vorsteht oder gar Wunddiphtheriekranken behandelt, an einer Rachendiphtherie erkrankt. Bei aller „Harmlosigkeit“ der Wunddiphtheriebazillen kommen demnach doch auch recht schwere Krankheitsfälle und Komplikationen vor. Prüft man eine größere Reihe von Wunddiphtheriestämmen, so stößt man doch öfters auf stark virulente Formen; Verf.s hiesige Versuche beweisen dies; Kolle und Schloßberger-Frankfurt a. M. haben dies bestätigt, sie fanden eine große Giftigkeit bei Verf.s Stämmen, derart, daß z. B. $\frac{1}{100}$ Oese die letale Dosis für das Versuchstier darstellte, während bei einer Reihe von virulenten Rachendiphtheriebazillen $\frac{1}{10}$ Oese zur letalen Dosis benötigt wurde. Auch Neisser und Braun fanden Verf.s Stämme virulent. Laewen und Reinhardt legen der Virulenz große Bedeutung bei, sie unterscheiden bei ihren Stämmen 3 Gruppen, die erste Gruppe zeigte sehr hohe Virulenz, die Versuchstiere starben innerhalb $1\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ Tagen. Der Sektionsbefund dieser Tiere war typisch. Verf.s Meinung nach darf man den Virulenzgrad nicht überschätzen, wir sind doch auch bei den Rachendiphtheriebazillen an größere Unterschiede gewöhnt. Bisher hat man sich die größte Mühe gegeben, Rachenbazillenträger von den pathogenen Keimen zu befreien — leider mit geringem Erfolg —, man findet doch die Meinung vertreten, daß mit dem Geringerwerden der Bazillenträger auch die betreffende Infektionskrankheit seltener würde! Aus den bisherigen Veröffentlichungen über Wunddiphtherie scheint hervorzugehen, daß diese Wundinfektion an den verschiedenen Orten verschieden stark in Erscheinung getreten ist und noch tritt, demnach ein Analogon zur Rachendiphtherie darstellt. Nur ein Sammeln und Vergleichen der verschiedenen Erfahrungen kann hier vorwärtshelfen. Man muß berücksichtigen, welche Wundbehandlung der betr. Chirurg anwendet; scheint es doch, als ob bei der offenen Wundbehandlung die Wunddiphtherie verhältnismäßig leicht verläuft oder gar nicht bzw. selten in Erscheinung tritt; Neisser wies Verf. besonders darauf hin. Inwieweit bei den schweren Wunddiphtherien eine Symbiose des Diphtheriebazillus mit anderen Keimen (auch bisher unbekannten oder anaëroben?) in Wirkung tritt, inwieweit Antagonisten die Virulenz des Diphtheriebazillus auf der Wunde herabsetzen, sind Fragen,

die noch der Beantwortung harren. Verf. fand in den schwersten seiner Fälle den Diphtheriebazillus in Gesellschaft von Staphylokokken, andere Autoren ebenfalls. Hier müssen noch weitere Untersuchungen Erkenntnis zu schaffen versuchen.

(M. m. W. 1919 Nr. 51.)

b) Innere Krankheiten.

Ueber Pyoktaninanwendung in der inneren Medizin. Von Dr. G. Blank (Aus der med. Abteilung des Krankenhauses München r. d. I.). Der Anilinfarbstoff Pyoktanin findet in der Veterinärmedizin seit langer Zeit, besonders bei oberflächlichen Hautabschürfungen der Tiere, ausgedehnte Verwendung. Auch in der Kriegschirurgie ist über seine Anwendung und Wirksamkeit bei unreinen Wunden als lokales Desinfektionsmittel wiederholt berichtet worden. Die günstigen Erfolge des Pyoktanins beruhen auf seiner Tiefenwirkung, der fehlenden Eiweißfällung und der antibakteriellen Wirkung durch Färbung und dadurch verursachten Entwicklungshemmung und Fixation der Bakterien. Auch in der inneren Medizin hat sich Verf. das Pyoktanin in mehrfacher Hinsicht bewährt. Bei Erkrankungen der Mundschleimhaut empfiehlt Verf. es in Form mehrmals täglich wiederholter Pinselungen mit 1%iger wässriger Lösung oder Betupfen mit dem Pyoktaninstift. Auch ist es angebracht, den Farbstoff in geringer Konzentration warmem, als Gurgelwasser verwendetem Kamillentee zuzusetzen. Besonders bei Soor und bei allen Formen von Stomatitis, ob sie nun in Form von Aphthen auftritt, der Ansiedelung von Spirochäten, fusiformen Bazillen usw. ihre Entstehung verdankt, durch Intoxikation (Quecksilber) oder lokale Verätzung (Säuren) entstanden ist, stets bringt das Pyoktanin die entzündlichen Erscheinungen in auffallend kurzer Zeit zum Rückgang, reinigt und epithelisiert die Geschwüre, hemmt Speichelfluß und beseitigt üblen Mundgeruch. Vor allem stillt es die Schmerzen und ermöglicht bald wieder regelmäßige Nahrungsaufnahme. Auch bei allen Arten Zahnfleischentzündung wird die Pyoktaninpinselung mit Erfolg verwendet. Weitere Anwendung findet sie bei schmerzhaften, schlecht heilenden Lippenrhagaden, bei ausgebreitetem Herpes jeder Lokalisation, bei Bißwunden der Epileptiker. Bei Tonsillektomien scheint sie die reaktive Schwellung des Operationsgebietes zu mildern und die Reinigung der Wundhöhlen von Belägen zu beschleunigen. Ein Vorteil, besonders bei Anwendung in der Kinderpraxis, ist, daß Verschlucken der Farbstofflösung keinerlei nachteilige Folgen hat. Entsprechend seinen oben-erwähnten Eigenschaften hat Verf. das Pyoktanin in ausgedehnter

Weise bei Dekubitalgeschwüren benützt. Auf Grund der teilweise ganz ausgezeichneten Erfolge empfiehlt er seine Anwendung in 1—3 %iger wäßriger Lösung aufs wärmste zur Nachprüfung. Die Pflege zu Dekubitus neigender Schwerverkrankter, besonders mit organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, wird durch das Pyoktanin in überraschender Weise vereinfacht und erleichtert. Ein Hauptvorteil liegt in der austrocknenden Eigenschaft, die sich bei tiefen, nässenden Druckgeschwüren zeigt. Es kommt nicht zur Bildung eines oberflächlichen Schorfes wie bei Streupulvern verschiedenster Art, unter denen die Absonderung und der mazerierende Einfluß auf die Umgebung ungehindert fortschreitet. Die Lösung dringt in alle Nischen und Spalten, reinigt die Geschwürfläche und bringt sie durch Entwicklung frischer, nie zu üppig wuchernder Granulationen, unter gleichzeitiger Wirkung entlastender Lagerung, zu meist sehr schneller Ueberhäutung. Regelmäßig fortgesetzte Pinselung wirkt deutlich vorbeugend gegen erneutes Wundwerden und verhütet auch die schädlichen Folgen der beständigen Infektion bei Blasen- oder Mastdarminkontinenz. Diese Beobachtungen haben zur prophylaktischen Pinselung geführt, die Verf. bei allen zu langem Liegen verurteilten Schwerverkrankten, besonders bei den ersten Anzeichen von Hautrötung und Schmerzäußerung, mit großem Erfolg anwendet. Erfreulich ist die schnell eintretende Schmerzlosigkeit oberflächlicher und tiefer Druckgeschwüre. Ein Nachteil des Pyoktanins bei der Dekubitusbehandlung, die von Verf. ohne Verband durchgeführt wird, ist die unvermeidliche Färbung der Bettwäsche; dieser wird aber von ihrem großen Nutzen mehr wie aufgewogen. Ferner sah Verf. schöne Heilerfolge vom Pyoktanin bei der Spülbehandlung chronischer Schleimhauterkrankung der Blase. Entweder in dünner, wäßriger Lösung oder als Zusatz zu sterilem Kamillenaufguß angewandt, wirkt er sehr schnell lindernd auf die Miktionschmerzen, auf den Tenesmus und häufigen Harndrang, auf Trübung und Bakteriengehalt des Harnes. Besonders erfolgreich ist tägliche Pyoktaninspülung, die völlig schmerzlos ist, bei den so häufigen Koliinfektionen der weiblichen Harnblase. Auch bei Prostatikern und Tabikern kann Verf. sie warm empfehlen. Die Wirkung kann noch dadurch gesteigert werden, daß man die Spülung mit einer konzentrierten Lösung beschließt und diese nach Entfernung des Spülkatheters spontaner Entleerung überläßt. In einem Fall, der kurz nach wiederholten Pyoktaninspülungen zur Autopsie kam, konnte Verf. sich von der intensivsten Tiefenwirkung des Mittels überzeugen: die ganze Schleimhaut der Blase war bis zur Muskelschicht violettblau verfärbt. Der billige Preis des Pyoktanins ist besonders bei der Behandlung der Dekubitalgeschwüre gegenüber

den Kosten von Salbenverbänden ein weiterer, in der Praxis nicht gering zu bewertender Vorteil. (M. m. W. 1919 Nr. 51.)

Die Behandlung der chronischen Gelenkerkrankungen mit Sarnarthrit Heilner. Von Dr. A. Reinhart (Aus der Medizinischen Universitätsklinik in Kiel). Das Sarnarthrit Heilner verursacht bei einem Teil der Fälle chronischer Gelenkerkrankungen nach den ersten Injektionen eine frappante Besserung, die jedoch meist vorübergehend ist und nur Stunden oder Tage anhält. In einzelnen Fällen ist ein dauernder Erfolg zu erzielen. Das Präparat hat zuweilen unangenehme Nebenwirkungen.

(D. m. W. 1919 Nr. 49.)

Die Behandlung schmerzhafter Mastdarmerkrankungen mit Eukupin. Von Dr. Max Henius in Berlin. Es lag nahe, bei Erkrankungen des Mastdarmes, die mit Schmerzen einhergehen, das Eucupinum basicum anzuwenden. Dazu wurden Zäpfchen aus Kakaobutter (gleichwertig dem Oel), deren jedes einen 2%igen Gehalt an Eukupin hatte, in Anwendung gebracht. (Sie wurden von den Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co., Frankfurt a. M., zur Verfügung gestellt.) Die ersten Versuche erstreckten sich auf die neuralgischen Erkrankungen des Mastdarmes, die seit dem Kriege, besonders als Folge von Ruhrerkrankungen, gar nicht so selten sind. Die schmerzhafteste Ueberempfindlichkeit im Mastdarm und am After erreicht oft einen hohen Grad und quält den Kranken ganz außerordentlich. Hier wirkt das Eukupin immer ganz ausgezeichnet, und 2—3 Zäpfchen am Tage genügen, um eine lange anhaltende Schmerzlosigkeit und in zahlreichen Fällen auch eine Heilung zu erzielen. Dagegen konnte bei den Analkrisen der Tabiker eine Linderung der Beschwerden durch das Eukupin nicht festgestellt werden. In einem von 2 Fällen von Kokzygodynie war eine deutliche Besserung zu verzeichnen. Von ganz besonders gutem Einfluß erwies sich das Eukupin bei der Behandlung der Fissura ani. Sie ist eine der schmerzhaftesten Mastdarmerkrankungen, die meist jeder nichtchirurgischen Behandlung trotzt. Sehr große Schwierigkeiten macht schon das Aufsuchen des Sitzes der Fissur, da der Kranke infolge Schmerzempfindlichkeit einen reflektorischen Krampf der Schließmuskeln bekommt, der eine genaue Besichtigung der erkrankten Teile unmöglich macht. Adolf Schmidt hat schon aus diesem Grunde empfohlen, der Untersuchung Kokaineinläufe vorzuschicken. Diese Einläufe können durch 2—3 Eukupinzäpfchen vollkommen ersetzt werden, wonach es fast immer gelingt, die Afterschleimhaut schmerzlos auseinanderzufalten. Aber nicht nur bei der Unter-

suchung, sondern auch bei der Behandlung der Erkrankung bewährt sich das Eukupin sehr gut. Es werden 4—6 Zäpfchen am Tage eingeführt, und nach kurzer Zeit tritt langdauernde Schmerzlosigkeit ein. Weiterhin wurde das Eukupin bei den durch Hämorrhoiden verursachten Schmerzen angewandt. Es gelingt fast immer, mit 2—3 Zäpfchen am Tage dem Kranken Schmerzfreiheit zu verschaffen, die auch noch während der ganzen Nacht vorhält. Bei sehr starker Schmerzhaftigkeit, wo die Einführung der Zäpfchen unmöglich war, wurde das von P a y r empfohlene heiße Sitzbad gegeben, und sofort danach wurden 2 Zäpfchen in den Mastdarm eingelegt, was immer ohne große Schwierigkeiten möglich war. Auch hier wurde stets ein zufriedenstellender Erfolg erzielt, und es war nicht nötig, noch ein zweites Sitzbad zu geben. Es lassen sich aber auch in einigen wenigen Fällen Mißerfolge verzeichnen, hier versagten auch alle anderen schmerzlindernden Mittel, und der chirurgische Eingriff wurde notwendig. Ebensowenig gelang es beim Carcinoma recti, eine Behebung der Schmerzen zu erreichen. Bei den Folgeerscheinungen der Ruhr und bei der chronischen Ruhr ist die Anwendung des Eukupins zur Bekämpfung der Mastdarm- und Blasenkrämpfe und der durch Erosionen verursachten Schmerzen sehr angebracht. Bei allen diesen Erkrankungen reizen die vielfach empfohlenen Klistiere fast immer den Darm und erzielen das Gegenteil des gewünschten Erfolges, während das Eukupin in Zäpfchenform frei von jeder Nebenwirkung ist und nicht nur schmerzlindernd, sondern auch geradezu heilend eingreift. Inwieweit hier auch die desinfizierenden Eigenschaften des Eukupins in Frage kommen, muß überlegt werden. Irgendwelche störenden Nebenerscheinungen sind in keinem Falle beobachtet worden, auch braucht man in der Dosierung nicht zu ängstlich zu sein, da auch größere Dosen gut vertragen werden. (D. m. W. 1919 Nr. 49.)

Zur Behandlung des Heuschnupfens. Von Dr. Heermann in Kassel. Seit 5 Jahren hat Verf. 9 Fälle von Heuschnupfen bzw. von Heuasthma und 2 Fälle von nervösem Schnupfen mit Hochfrequenzströmen, zum Teil unter Zuhilfenahme der Höhensonne, behandelt. Die Behandlung mit Hochfrequenzstrom erstreckte sich bei Erscheinungen von seiten der Nase und der Augen auf Bestreichen der Nase und Stirn mit der Inviktuselektrode jedesmal von 2 bis 5 Minuten Dauer; bei Asthma kam Bestreichen der Brust hinzu. Eine Patientin mit altem schweren Heuschnupfen setzte die Behandlung mit der 3. Sitzung ungeheilt aus. Eine Patientin mußte im folgenden Jahre noch 4 mal behandelt werden, bis sie auch beim Liegen auf frischem Heu frei blieb; dieses Jahr

hat sie von einer Erkrankung nichts mehr verspürt. Ein Patient, seit dem 5. Lebensjahre schwer an Heuschnupfen mit Augenerscheinungen leidend, hatte nach der Behandlung etwa 3 Jahre lang als Artillerist im Stalle, während des Krieges auf blühenden Wiesen und Feldern, nur sehr mäßige Beschwerden und blieb nach nochmaliger Behandlung dieses Jahr ganz frei. Eine Patientin, welche wegen schweren Heuschnupfens mit Augenerscheinungen und Asthma sonst alljährlich Holland aufsuchte, war vor Ausbruch des Leidens an Stirn und Nase behandelt worden. Bemerkenswerterweise trat hier keinerlei Erkrankung ein; dagegen zeigte sich das Asthma wieder in heftiger Weise, bis auch dieses in gleicher Weise beseitigt wurde. Ein Patient mit Empfindlichkeit gegen Pferdeaustünstung blieb unge bessert. Ein Patient mit starker Empfindlichkeit gegen Staub wurde geheilt. Die übrigen Fälle von Heuschnupfen heilten im ersten Jahre und, wie es bis jetzt scheint, endgültig. Durchschnittlich waren 10 Sitzungen notwendig, welche entweder in täglicher Folge oder in Abständen von einigen Tagen gegeben wurden. (D. m. W. 1920 Nr. 8.)

Zur Behandlung der Rhinopharyngitis mit dem Schnupfgleitpulver „Rhinogleit“. Von Dr. Benno Bochner, Hals-, Nasen- und Ohrenarzt in Berlin. Gleitpulver besteht aus einer genau berechneten Mischung zweier verschiedener Körner, einem Grobkorn und einem Feinkorn. Als Grobkorn benutzt man Kartoffelstärke, die mit ätherischer Wachslösung getränkt ist und mit den feinen Körnchen von Magnesiumkarbonat aufs innigste gemischt wird. Die großen Stärkekörner werden durch das Feinkorn gerade so weit voneinander getrennt, daß sie wie auf einem dauernden Kugellager frei laufen. Beim Schnupfgleitpulver Rhinogleit wird Gleitpulver als Vehikel verwendet, weil es äußerst leicht beweglich ist, nicht zusammenballt, nicht klebt und infolge der ihm eigenen Mechanik von selbst weit nach hinten rollt. Als medikamentöse Zusätze sind nach Angabe der herstellenden Firma Kripke (Chemische Fabrik, Berlin) Menthol, Suprarenin, Anaesthesin und ätherische Oele gewählt. Die Intensität und die überraschend schnelle Wirkung des Mittels bei zahlreichen Patienten mit akuter und chronischer Rhinopharyngitis erklärt sich aus der ungemein feinen Verteilung und der hochgradigen Verstäubbarkeit. Besonders die Fettkomponente des Gleitpulvers eignet es vorzüglich zur intranasalen Schleimhautbehandlung. Schon wenige Minuten nach dem Aufschnupfen lassen die subjektiven Beschwerden nach. Rhinogleit eignet sich daher auch zur prophylaktischen symptomatischen Behandlung bei Kranken, welche beim Schnupfen erfahrungsgemäß zu Nasenrachenkatarrh neigen. Es empfiehlt sich,

in jedes Nasenloch zwei Prisen aufschnupfen zu lassen, da die zweite über die von der ersten bedeckte Schleimhautfläche noch weiter nach hinten rollt. Ueberzeugt man sich nach dem Aufschnupfen durch die Rhinoscopia posterior, so findet man selbst bei starker Verschwellung der vorderen Nase den Nasenrachen mit dem Schnupfgleitpulver bestäubt. Zwei Prisen abends vor dem Einschlafen verhindern das Auftreten der gefürchteten schmerzhaften Zustände im Schläfe und beim morgendlichen Erwachen.
(M. Kl. 1919 Nr. 48.)

Zur Behandlung der Enuresis nocturna. Von Dr. C. Pototzky (Berlin). In der letzten Zeit hat Verf. in einer Reihe von Fällen ein Mittel benutzt, das für dieses Leiden noch nicht angewandt worden ist: den Kampfer. In einer Reihe von Fällen konnte er mit Kampfer, den er auch als Camphora monobromata verabreichte, auffallend günstige Erfolge erzielen. Den Kampfer hat Verf. zur Behandlung des Leidens aus dem Grunde herangezogen, weil bekannt ist, daß ihm eine günstige sedative Wirkung auf die Genitalsphäre zugeschrieben wird — wird er doch bei Erektionen, Pollutionen usw. verordnet, — und so versuchte Verf., ob er nicht auch bei Störungen der Blasensphäre wirken würde. Den Kampfer verabreichte Verf. demnach meist als Camphora monobromata, in letzter Zeit in Verbindung mit Kalk, der namentlich bei Kindern nach vielen Autoren auf das allgemeine Nervensystem einzuwirken scheint. Verf. wählte dabei Calcium lacticum, das aber auch des zurzeit hohen Preises wegen durch andere Kalkpräparate (z. B. Calcium phosphoricum tribasicum purissimum) zu ersetzen ist.

Die Medikation lautet (für ältere Kinder):

R/

Camphora monobromata 0,1

Calcium lacticum 1,0

D. tal. dos. Nr. xx.

S. 2 mal täglich ein Pulver zu nehmen.

Die Pulver werden 14 Tage hintereinander genommen; falls nötig, wird die Dose nach 14 tägiger Pause nochmals wiederholt. Nach den Versuchen kann die Kampfer-(Kalk)-Therapie zur Nachprüfung an einem größeren Material empfohlen werden. Auf die Notwendigkeit, eine bestimmte Diät zu verordnen, sei hier nur kurz eingegangen. Es scheint festzustehen, daß die Anweisung, die Speisen in möglichst konzentrierter Form, die Getränke möglichst in der ersten Tageshälfte zu sich zu nehmen, günstig wirkt.

(D. m. W. 1920 Nr. 7.)

Bei Keuchhusten hat Prof. Dr. G. Gärtner in einigen Fällen bemerkenswerte Erfolge erzielt mit Bestrahlung der Rachenorgane mit konzentriertem Sonnenlicht. Die Methodik ist folgende: Der Patient wird mit dem Rücken gegen die Sonne gesetzt, doch so, daß die Sonnenstrahlen neben dem Kopf oder über den Kopf auf den Reflektor des Kehlkopfspiegels fallen können, der in entsprechender Entfernung vor dem Gesichte gehalten wird. Durch den weit geöffneten Mund wird das zu einer Scheibe von 2—2 $\frac{1}{2}$ cm Durchmesser zusammengedrückte Licht (eventuell unter Beihilfe eines Zungenspatels) abwechselnd auf die hintere Rachenwand, die Tonsillen und die Gaumenbögen geworfen. Der Kranke intoniert während der Bestrahlung ein „A“. Jede Einzelbestrahlung dauert 10—20 Sekunden. Die Sitzung setzt sich aus 10—20 Einzelbestrahlungen zusammen. Die Einwirkung des konzentrierten Sonnenlichts beträgt also immerhin mehrere Minuten. Auf der feuchten Schleimhaut erzeugt das Licht keine unangenehme Empfindung, während es, wenn es durch Unachtsamkeit auf die äußere Haut fällt, Hitzegefühl auslöst. (Bei der intensiven Beleuchtung sehen auf der Höhe der Erkrankung die Rachenorgane wie mit Kollodium begossen aus.) Bei seinen Kindern hielt Verf. 2 Sitzungen täglich ab, wobei die Lage der Behausung, mit Fenstern nach allen Himmelsrichtungen, zu statten kann. In den beiden anderen Fällen begnügte er sich mit einer Sitzung im Tage. Nur bei vollkommen klarer Sonne kann bestrahlt werden. Selbst dünne Wolken oder Nebelschleier verhindern schon die Sitzung. Die Sonne soll nicht zu hoch stehen, weil sonst der Patient eine unbequeme Stellung einnehmen müßte, aber auch nicht zu tief, wegen der in solchem Falle ungenügenden Intensität der Lichtstrahlen. Im Hochsommer sind die Stunden 8—10 a. m. und 2—4 p. m. die günstigsten. Die Anwendungsmöglichkeit der hier vorgeschlagenen Therapie würde sich sehr erweitern lassen, wenn man von einem so unzuverlässlichen Faktor, wie es das Wetter ist, unabhängig werden könnte. Es liegt nahe, bei mangelndem Sonnenlicht den jederzeit zur Verfügung stehenden Ersatz, das elektrische Bogenlicht, respektive die Quarzlampe in Verwendung zu ziehen. Die Auswertung der bakteriziden Eigenschaft des Sonnenlichts, die hier durch die Konzentration mit dem Hohlspiegel verstärkt war, war die Grundlage dieser therapeutischen Versuche, und die guten Erfahrungen, die Sörgo, Kunwald u. a. mit der Heliotherapie bei der Kehlkopftuberkulose machten, ließen und lassen derartige Versuche nicht unrationell erscheinen. Daß der Sitz der Infektion beim Keuchhusten in den Rachenorganen sei, ist ja nicht erwiesen. Vielleicht läßt sich der Beweis hierfür „ex juvantibus“ erbringen. Noch einer anderen, ganz vereinzelter, aber immerhin bemerkenswerten

Erfahrung soll hier Erwähnung geschehen. Der dritte Patient gehörte zu den Kindern, die mindestens 4 mal im Jahre eine mehr oder weniger schwere Angina durchmachen. Während und längere Zeit nach dem Keuchhusten, blieb er von Mandelentzündungen verschont. Dies erweckte bei der Pflegerin des Jungen die Vermutung eines ursächlichen Zusammenhangs. Sie setzte deshalb die Bestrahlungen ungefähr 1 mal in der Woche fort, und der Junge bleibt seither tatsächlich von Anginen verschont. Hat man die Sonnenbehandlung schon bei der Diphtherie und infektiösen Anginen versucht? Sie würde gewiß eine gründlichere Sterilisation der Rachenorgane (allerdings nur soweit, als das Licht reicht) bewirken, als Gurgeln, Pinseln und ähnliche Prozeduren.

(W. m. W. 1919 Nr. 42.)

Ueber Gingivitis und Alveolitis spirillo-fusiformis (Alveolarpyorrhoe). Von Stabsarzt d. R. Dr. Greiner in Magdeburg. Was das Krankheitsbild betrifft, so unterscheidet Verf. zwischen

1. einer Affektion der dem Zahnhals und den Alveolen anliegenden Teile des Zahnfleisches (Zahnfleischtaschen), also einer Gingivitis;

2. einer Affektion der Kiefer-(ostealen) Zahnfächer (Alveolen), und zwar a) einer Affektion des alveolardentalen Gewebes (Periodontium)-Periodontitis; b) der Alveolen (ostealen Zahntaschen) selbst und ihrer Zwischenwände-Alveolitis.

I. Die Gingivitis-Zahnfleischtaschen-Entzündung. Zunächst entzündet sich nur die Innenfläche des Zahnfleischrandes und Zahnfleisches, indem sich die Krankheitserreger Eingang darunter verschaffen. Auf Druck vermag man anfangs nur eine Spur Eiter zu entleeren. Mit zunehmender Entzündung schwillt das Zahnfleisch, wird locker, die Eiterabsonderung nimmt zu, die Zahnfleischtasche erweitert sich mit der Lockerung immer mehr, so daß die Ansammlung von Eiter und Speiseresten in ihr begünstigt und der Krankheitsprozeß immer mehr genährt wird. Der Eiter quillt nun förmlich, oft mit Blut vermischt hervor. Die Außenfläche des Zahnfleisches, bisher von normalem blaßroten Aussehen, zeigt bald entzündliche Rötung bis Blaurötfärbung. Mit einem Häkchen vermag man bisweilen das einem lockeren Schurz gleichende Zahnfleisch mit Leichtigkeit vom Zahnhals bis zur Alveole abzuheben. Die Entzündung hat von der Innenfläche des dem Zahnhals anliegenden Zahnfleisches auch auf die Innenfläche der den Alveolen anliegenden Partien übergreifen. Mit einer Sonde dringt man tief an den Knochen heran. Das Zahnfleisch hypertrophiert und fühlt sich lederhart an, oder ulzeriert. Es kommt zu geschwürigen Zahnfleischdefekten, welche Zahnhals,

Alveole und Alveolenzwischenwand bloßlegen. Oft wird eine Atrophie des Zahnfleisches beobachtet, die den Zahnhals freilegt. Man unterscheidet demnach 3 Formen der Gingivitis: 1. die purulente (katarrhalisch-eitrige) (Pyorrhoea gingivae); 2. ulzeröse und nekrotische (Gingivitis ulcerosa); 3. atrophische bzw. hyperplastische Form der Gingivitis (Atrophia und Hyperplasia gingivae).

II. Wenn nicht eine frühzeitige spezifische Behandlung erfolgt, gesellt sich zu der Gingivitis die Entzündung der Zahnfächer des Kiefers, nach der bisher die Krankheit als Alveolarpyorrhoe bezeichnet wurde. Mit dem Augenblick, wo die spezifischen Erreger zwischen Alveolenrand und Zahn in das periodontale Gewebe eindringen (alveolar-dentale Periost), beginnt dieser Entzündungsprozeß, der schließlich zu einem eitrigen Zerfall des Periosts der Zahnwurzeln und der Alveolen führt. Wie aus der Zahnfleischtasche entleert sich nun der Eiter auch aus den Alveolen (starke Druckempfindlichkeit derselben). Die Zähne, obwohl an sich gesund, werden locker und nach vollkommenem eitrigen Zerfall des periodontalen Gewebes wie Fremdkörper ausgestoßen. Schließlich bleibt nicht einmal die Alveolenwand und Zwischenwand von der fortschreitenden Entzündung verschont und kann ihrerseits der eitrigen Einschmelzung und Nekrose zum Opfer fallen. Die Kiefertaschenentzündung besteht also aus: a) einer Entzündung des alveolardentalen Gewebes, der Periodontitis, und b) der Alveolitis, d. h. einer Entzündung der Alveolen und Alveolenzwischenwände mit Einschmelzung, Nekrose und Atrophie. Auch hier kann man, wie bei der Gingivitis unterscheiden: 1. ein purulentes Stadium (katarrheitrige); 2. Stadium der Einschmelzung und Nekrose; 3. atrophisches Stadium (Atrophia alveolaris) und das erste Stadium mit dem akuten, das 2. Stadium mit dem subakuten und chronischen Leiden identifizieren wie bei der Gingivitis. Der akute Verlauf der Alveolarpyorrhoe pflegt etwa 6 Wochen in Anspruch zu nehmen, das chronische Stadium kann sich auf Jahre erstrecken. Komplikationen: Infolge der Kaubeschwerden: Verdauungsstörungen, Magenaffektionen. Ferner Stomatitis ulcerosa, Angina Vincenti, Phlegmonen der Mundhöhle, des Halses, Kiefereiterung mit Sequesterabstoßung (Bild der Osteomyelitis). Das Allgemeinbefinden leidet sehr (Gewichtsabnahme), auch die Gemütsverfassung. Lokale Ursachen, welche einen günstigen Boden für die bakterielle Entwicklung der Krankheit abgeben: Unregelmäßige Zahnstellung, Ueberlastung der Zähne beim Kauen, schlechte Pflege des Mundes, Haften von Speiseresten zwischen den Zähnen, Schädigung des Zahnfleisches durch Hg-Ausscheidung, besonders Zahnsteinablagerung, und zwar schädigt der Zahnstein, indem er unter das Zahnfleisch eindringt, dasselbe mechanisch, reizt und lockert es, so daß die Mikroorganismen

in die Zahntaschen eindringen, wo sie sich festsetzen, guten Nährboden finden und sich bis zur Reinkultur entwickeln können. Einige Male hatte Verf. Gelegenheit, Zahnsteinbildung bis zur Zahnwurzelspitze zu beobachten, so daß den Bakterien ein leichtes und schnelles Eindringen in die Tiefe ermöglicht war. Es werden jedoch auch Patienten von der Krankheit befallen, bei denen lokale Ursachen sich nicht nachweisen lassen (einwandfreies Gebiß, einwandfreie Mundbeschaffenheit). Verf. hat den Eindruck, daß hier allgemein alle Krankheiten, welche den Körper hochgradig schwächen, konstitutionelle (Diabetes) und Infektionskrankheiten, besonders infektiöse Darmerkrankungen und Nährschäden (Kriegskost) als Ursache in Betracht kommen. Mikroorganismen haben ätiologisch die größte Bedeutung für die Alveolarpyorrhoe gewonnen, seitdem von Gerber Spirochäten als spezifische Erreger bezeichnet worden sind und die Alveolarpyorrhoe mit der Stomatitis ulcerosa und Angina Vincenti ätiologisch als Spirochätose in Zusammenhang gebracht wurde. Mit dieser Entdeckung hat die Uebereinstimmung des klinischen Krankheitsbildes der Mundspirochätosen ihre Erklärung gefunden, von der Verf. sich, da er oft Alveolarpyorrhoe mit Angina Vincenti und Stomatitis ulcerosa kompliziert sah, stets überzeugen konnte. In der Literatur werden jetzt übereinstimmend diese Mundspirochätosen auf Spirochäten in Symbiose mit fusiformen Stäbchen zurückgeführt, so daß man im allgemeinen nicht mehr von Spirochätosen, sondern von Fusospirillosen spricht. Die Behandlung der Gingivitis und Alveolitis spirillo-fusiformis, wie man die Alveolarpyorrhoe kurz nennen möge, erfolge nach bakteriologischer Sicherstellung der Diagnose. Dieselbe ist nur in chronischen Fällen, wo z. B. Alveolitis atrophicans vorliegt und Eiterabsonderung nicht mehr stattfindet, nicht möglich. Die Behandlung ist

I. eine symptomatische:

- a) bei Zahnstein sofortige Entfernung desselben instrumentell und durch Einspritzung von 50 Proz. Milchsäure in die Zahntaschen;
- b) bei starker Eiterung mit Foetor ex ore gründliche Reinigung des Zahnfleisches mit H_2O_2 und Mundspülung mit Myrrhentinktur;
- c) bei starken Entzündungserscheinungen, empfindlichem Zahnfleisch und Kiefer, starker Lockerung der Zähne breiige Kost;
- d) Fixierung allzustark gelockerter Zähne mit Klammern, um durch Ruhigstellung derselben Festigung und Heilung zu fördern.

Sind Spirillen und fusiforme Stäbchen nachgewiesen und ist eine einfache Zahnfleischentzündung, wie sie mal durch Kokken allein verursacht werden kann, ausgeschlossen, so erfolgt

II. eine spezifische,

- 1. indem a) lokale Neosalvarsantherapie, man jeden 3. Tag, in schweren Fällen anfangs täglich aus einer Rekordspritze

mit feiner Kanüle langsam in die Zahnfleischtaschen und wo nötig und möglich auch in die Alveolen Neos. 0,1, Aq. dest. 5,0 einträufelt (keine Inj. ins Fleisch),

2. indem man neben dieser Einträufelung das Zahnfleisch kräftig mit dieser Lösung oder Neos. Vaseline 0,1 : 5,0 einreibt. Die lokale Salvarsanbehandlung führt jedoch nur bei der Gingivitis zum Ziele, nicht bei der Periodontitis und Alveolitis spirillo-fus., wenn die Einführung der Kanüle in die Alveole nicht möglich ist.

b) Die souveräne Heilmethode, die hier und in allen Fällen von Alveolarpyorrhoe zum Ziele führt, in die intravenöse Neos.-Inj., sei es als solche allein oder in Verbindung mit der lokalen Therapie. Es ist eine 2malige Inj., bei mittelschweren Fällen eine 3 malige, bei schwersten Fällen eine 4 malige Inj. von 0,3—0,45 Neos. erforderlich. Die 2. Einspritzung mag vorsichtigerweise nicht vor dem 10. Tage erfolgen, um gefährliche Salvarsanerscheinungen zu vermeiden. Die 3. und 4. Injektion lasse man nach Ablauf von je 7 Tagen folgen. Selten ist eine Wiederholung der 2—6 wöchigen Kur erforderlich. Nach derselben muß der Mund gut gepflegt und häufiger nachgesehen werden, um bei neuen Entzündungserscheinungen rechtzeitig einschreiten zu können. Zur Verhütung der Alveolarpyorrhoe sollte auf prinzipielle baldige Beseitigung von Zahnstein in der Praxis mehr Wert gelegt werden.

(Zschr. f. ärztl. Fortb. 1919 Nr. 14.)

c) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Eklampsiebehandlung. Von Dr. Wilh. Mittweg (Aus der Hebammenschule Osnabrück).

1. Luminalnatrium, 2 ccm einer 20 % igen Lösung (= 0,4 Substanz) subkutan, eventuell alle 3—4 Stunden, bis zu 3, höchstens 4 Injektionen in 24 Stunden (= 1,2 bis 1,6 Substanz).

2. In schweren Fällen außerdem Tropfklistiere von 20 g Bittersalz auf $\frac{1}{2}$ —1 Liter Wasser oder Injektionen von 10—20 ccm einer 25 % igen Magnesiumsulfatlösung (subkutan oder intramuskulär) — mehrmals täglich.

3. Eventuell kräftiger Aderlaß. (Zu berücksichtigen ein eventuell schon bei der Geburt stattgehabter Blutverlust.)

4. Eventuell Früh-Schnellentbindung, in schweren Fällen neben der Luminal- usw. Therapie.

5. Ernährung der Kranken anfangs ausschließlich mit dünnem, salzfreiem Haferschleim. (Zbl. f. Gyn. 1919 Nr. 51.)

Ueber die Behandlung septischer Aborte und Geburten mit Argochrom. Von Dr. Erich Kleemann (Breslau). Verf.

konnte im ganzen 13 teils sehr schwere Fälle mit Argochrom behandeln, bei denen er 4 mal im Blute Streptokokken bezw. Staphylokokken nachweisen konnte, und von denen nur 2 Fälle zugrunde gingen, während alle anderen nach einer bis höchstens 3 Injektionen prompt entfieberten und einer lytisch abfieberte. Verf. hat stets 0,2 g Argochrom, das man bereits in fertigen Ampullen zu 20 ccm erhalten kann, als Einzeldosis angewandt. Meistenteils kam er mit einer einzigen Injektion zum Ziele, selten mußte er die Einspritzung wiederholen. Wendet man das in kleinen Glasphiolen von Merck in Pulverform gelieferte Argochrom an, so muß man peinlich darauf achten, daß dieses vollkommen in Lösung gegangen ist. Zur Vorsicht filtriere man die Lösung und erwärme sie vor der Injektion auf Körperwärme. Die Injektionen geschehen in die Kubitalvene, und man muß darauf achten, daß man nicht etwa intrakutan spritzt, da man sonst sehr unangenehme schmerzhaftes Infiltrate erleben könnte. Bei der Injektion bemerkt man häufig an den Skleren, Schleimhäuten, Nasolabialfalten sehr deutliche bläuliche Verfärbungen; in dem einen Falle wurde das Gesicht fast dunkelschwarz für einige Minuten. Sehr häufig sieht man stark perlenden Schweiß im Gesicht auftreten. Eiweiß hat Verf. nach den Injektionen nicht gefunden. Mit dem Abfall der Temperatur ging auch prompt ein Abfall der hohen Pulsfrequenz einher, die Qualität des Pulses hob sich beträchtlich, und das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends. (B. kl. W. 1920 Nr. 3.)

„Siccostypt“, ein Präparat aus Hirtentäschelkraut. Hämostyptikum und Uterinum von konstantem Wirkungswert. Von H. Boruttau in Berlin. Ein Fluidextrakt aus dem Hirtentäschelkraut (im Verhältnis 1 zu 1 der Droge), welches chemisch und pharmakodynamisch dauernd auf seinen Wirkungswert kontrolliert wird, gelangt jetzt unter der Bezeichnung „Siccostypt“ in den Verkehr. Durch klinische Versuche auf der I. Inneren und der I. Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses im Friedrichshain, sowie durch ebensolche in der Frauenklinik von Geh.-Rat Prof. P. Straßmann ist die hämostyptische Wirkung bei Menorrhagien und Metrorrhagien, bei geeigneten Fällen von Blutungen des Intestinaltrakts und Hämoptoë, die Uteruswirkung usw. bereits erprobt worden. Hier sei betont, daß im „Siccostypt“ ein Hirtentäschelpräparat vorliegt, welches qualitativ und quantitativ zur Vertretung von Sekale- und Hydrastispräparaten alles Wünschenswerte leistet und dessen Gehalt an wirksamen Bestandteilen gewährleistet wird, wofür bis jetzt jeder wirkliche Anhalt fehlte. (D. m. W. 1920 Nr. 8.)

Das Spumanverfahren in der gynäkologischen Praxis.
Von Dr. Hans Oppenheim, Frauenarzt in Berlin-Steglitz. Verf. hat die Styli Spuman, die in 3 Größen zu 1,0, 0,5 und 0,2 g geliefert werden, bei vielerlei Arten vaginaler, zervikaler und urethraler Katarrhe sowie bei entzündlichen Erkrankungen im Beckenbindegewebe, der Parametrien, des Uterus und der Adnexe versucht und ist zu folgenden Ergebnissen gelangt: Fast ausnahmslos rief das Spuman, gleichgültig in welcher Kombination, wie mit 3 % Tannin, 0,15 % Höllenstein, 5 % Ichthyol, 0,05 % Sublimat usw., zunächst eine Reizung in dem Sinne hervor, daß sowohl die entzündlichen Erscheinungen — Schmerz, Schwellung, Hitze — als auch das Symptom des Katarrhs in Form schleimig-eitriger Sekretion eine Steigerung erfuhren. Ließ man sich indes durch diese nur scheinbare Verschlimmerung nicht abschrecken, sondern setzte man in konsequenter und behutsamer Weise die eingeschlagene Therapie fort, so begannen bereits mit Beginn der 2. Woche die geschilderten Symptome, zuerst zwar langsam, dann aber in rascher Folge, abzuklingen und verschwanden je nach Intensität, Ausbreitung und Charakter des ursprünglichen Prozesses über kurz oder lang völlig. Wurde indes die Behandlung nicht mindestens 3—3 Wochen über diesen Zeitpunkt hinaus fortgeführt, sondern zugleich mit dem Sistieren der entzündlichen Erscheinungen abgebrochen, so trat mit ziemlicher Sicherheit bald danach ein Rückfall ein, der zwar meist leichter Natur war, aber doch die Behandlungsdauer nicht unwesentlich verlängerte. Verf. hat den Gebrauch der Stäbchen im allgemeinen so handhaben lassen, daß 3 mal täglich, morgens, mittags und abends, ein Stift in liegender Stellung möglichst tief von der Patientin eingeführt und danach ein kleiner Wattebausch als Tampon nachgeschoben werden mußte. Spülungen ließ er meist — abgesehen von besonderen Fällen jauchender oder ätzender Sekretion — vermeiden; nur von Zeit zu Zeit, etwa alle 3 bis 4 Tage, wurde eine Irrigation zur Reinigung der Scheide von Substanzresten mit warmem Kamillenaufguß oder dünner essigsaurer Tonerdelösung vorgenommen. Daß man von Spuman nun nicht etwa die Abheilung umfangreicher abszedierender Entzündungen erwarten darf, versteht sich wohl von selbst. Auch gewisse Formen subakuter Pyosalpingitiden gonorrhöischer Provenienz reagieren nicht günstig auf den Spumanprozeß. Das ändert aber schließlich nicht die Tatsache, daß das Spuman in den zahlreichen Fällen, in denen die sonst übliche Therapie mit Spülungen, Tampons, Umschlägen usw. versagt, wirklich wertvolle Dienste geleistet hat.

(B. kl. W. 1919 Nr. 48.)

Geburtshilflicher Handschutz. Von Dr. Karl Meyer. Es handelt sich um einen etwa 35 cm langen festen Papierschlauch, der steril in keimfreier Verpackung hergestellt wird¹⁾. Zum Gebrauch wird er mit steriler Pinzette für kurze Zeit in warme Desinfektionsflüssigkeit, 1 ‰ Sublimat-Sublamin, 2 ‰ Lysol-Lysoform o. dgl. gelegt zwecks Durchweichung und sodann über die sorgfältigst desinfizierte Hand und den Unterarm bis etwa zum Ellbogen gezogen. Fingerwärts ist der Schlauch nach innen eingefaltet und wird nun von innen mittels der lappenförmigen Faltezipfel durch die Fingerspitzen geschlossen gehalten, während die Geburtshelferhand durch die Vulva bis zum äußeren Muttermund eindringt. Indem nun die Fingerspitzen die Lappen loslassen und durch die vordere Schlauchöffnung in die Gebärmutter eindringen, zieht die äußere Hand gleichzeitig den Schlauch über den Ellbogen auf den Oberarm zurück aus der Scheide. Die ganze Manipulation ist schneller ausgeführt, als sie durch diese lange Schilderung geklärt werden konnte. Erreicht ist dadurch das: Die innere Hand ist in die Gebärmutter eingedrungen, ohne direkt mit der Vulva oder der Scheidenschleimhaut in Berührung gekommen zu sein, d. h. ohne die Möglichkeit, eine Keimverschleppung durch Berührung der Haut herbeiführen zu können. Im Besitz dieses Handschutzes — der in keinem geburtshilflichen Koffer fehlen sollte — kann heute jeder Geburtshelfer auch den schweren Geburtskomplikationen, die zu manuellem Eingehen drängen, leichteren Herzens gegenübertreten. (D. m. W. 1919 Nr. 52.)

Wirkung des Aolans auf die Brustdrüsensekretion. Darüber schreibt Dr. Goldstein, Kattowitz: „Anlässlich der Grippeepidemie dieses Jahres habe ich häufig — wie nebenbei bemerkt, mit gutem Erfolg — intramuskuläre Injektionen von Aolan²⁾ gegeben. Unter anderem wandte ich es bei einer 28jährigen Frau an, die vor 2 Monaten zum dritten Male entbunden hatte und ihr Kind selbst stillte. Die beiden vorhergehenden Kinder hatte sie nicht stillen können, da trotz größter Bemühungen das älteste 8 Wochen nach der Geburt bei der Brusternährung noch das Anfangsgewicht hatte, beim zweiten infolge einer Mastitis 8 Tage post partum die Milchmenge pro Mahlzeit in beiden Brüsten auf 30—40 g zurückging. Auch in diesem Falle war es nur mit der größten Ausdauer bei ständiger Darreichung beider Brüste und unter zeitweisem Gewichtsstillstand oder -rückgang möglich,

¹⁾ Zu haben bei der Firma B. Braun, Melsungen b. Cassel, in 2 Größen für große und kleine Hand.

²⁾ Milcheiweißpräparat, hergestellt von der Firma P. Beiersdorf & Co., Hamburg.

die reine Brusternährung durchzusetzen. Die vorhandene Milchmenge reichte gerade aus, um dem Säugling seine Ernährung zu gewährleisten, und schon nach den ersten Zügen mußte er sich recht anstrengen, um die Nahrung aus der Brust zu ziehen. Am Tage nach der abends um 7 Uhr vorgenommenen Aolaninjektion erklärte mir die Mutter, die bei Beginn der Krankheit sehr ängstlich gewesen war und das völlige Versiechen der Nahrung gefürchtet hatte, sie bemerke, daß die Milch reichlicher sei als vorher, und daß das Kind mit viel geringerer Mühe trinke. Ich konnte mich durch eigene Wahrnehmung von der Richtigkeit der Beobachtung überzeugen. Es war auffallend, um wieviel müheloser das Kind trank; die andere Brust lief, was vorher nicht der Fall gewesen war, während des Trinkens; nach Beendigung des Stillens konnte noch Milch abgespritzt werden. Ich gebe zu, daß es sich hierbei zum größten Teil um subjektive Wahrnehmungen handelte. In den einzelnen Trinkmengen und in der Gewichtskurve kamen die Veränderungen so wenig zum Ausdruck, daß ich auf die Wiedergabe von Zahlen verzichte. Ich bin auch weit entfernt davon, aus einem Fall weittragende Schlüsse zu ziehen. Immerhin dürfte die Beobachtung einer Nachprüfung — möglichst an klinischem Material — wert sein. Bei dem Fehlen spezifischer Laktagoga wäre es ein großer Gewinn, ein Mittel in der Hand zu haben, um die Brustdrüsensekretion anzuregen. Die Wirkung hielt etwa 4—5 Tage an; immerhin lieferte die Brust später dauernd die genügende Milchmenge, so daß (das Kind ist jetzt 6 Monate alt) jede Woche Gewichtszunahmen zu konstatieren waren. Bei dem Fehlen anaphylaktischer Erscheinungen wäre jedoch auch eine Reinjektion ohne Bedenken. Theoretisch ist der Einfluß des Aolans wohl als eine spezifische Wirkung des Milcheiweißes auf die Brustdrüse aufzufassen“.

(M. Kl. 1919 Nr. 47.)

d) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ueber Behandlung von Staphylokokkenerkrankungen mit übermangansaurem Kali. Von Dr. Erich Neusser in Emmersdorf a. D. Verf. hat in den letzten Kriegsjahren im Feld und dann in einem Reservespital Pyodermien und vor allem die Unterschenkelektzeme und Follikulitiden mit übermangansaurem Kali behandelt und dabei sehr gute Erfolge erzielt. Zunächst waren es Furunkel und die in der österreichisch-ungarischen Armee massenhaft vorkommenden Follikulitiden der Unterschenkel (Wickelgamasche?). Das Bild ist wohl bekannt. Ein oder beide Unterschenkel bedeckt mit stecknadelkopf- bis linsengroßen, vereiterten

Follikeln bzw. Geschwüren, dazwischen pigmentierte Stellen, Narben, das längere Bestehen der Krankheit andeutend. Dazu kamen immer einige etwas größere, flache, unregelmäßig begrenzte Geschwüre, die von einem der Oberhaut entblößten Hof umgeben waren. Die Haut des Unterschenkels im ganzen trocken, abschilfernd. Zu diesen häufigsten Fällen kamen dann noch Narbengeschwüre, alte Schuhdrücke und schließlich Wunden aller Art, die wenig Neigung zur Heilung zeigten und der Salbenbehandlung lange Zeit getrotzt hatten, in der Privatpraxis auch typische Varizengeschwüre. Zur Behandlung wurde eine übersättigte Lösung oder Aufschwemmung von übermangansaurem Kali verwendet, je stärker je besser, und zwar warm, so warm es ertragen werden konnte. Zur Unterstützung wurde offene Wundbehandlung und Sonne benutzt. Die kranke Stelle und ein entsprechender Umkreis wurde also mit der warmen Lösung eingepinselt und der Kranke in die Sonne gesetzt. Erst nach völligem Eintrocknen wurde bei größeren Geschwüren für die Nachtstunden ein trockener Verband angelegt. Das Ergebnis war in allen Fällen sehr befriedigend, die Follikulitiden heilten rasch aus, die Geschwüre reinigten und verkleinerten sich rasch vom Rande her, und die Ueberhäutung ging schnell vor sich, so daß einige Leute, die schon lange Zeit Hinterlandsspitäler unsicher gemacht hatten, in für sie unangenehm kurzer Zeit felddiensttauglich wurden. In der Privatpraxis brachte die Behandlung ein monatelang bestehendes Geschwür über dem Schienbein, das nach Lapissalbenbehandlung von anderer Seite durchaus keine Neigung zur Heilung zeigte, in etwa 14 Tagen zur Heilung. (M. m. W. 1920 Nr. 1.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

**Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur**

Preis des Jahrgangs
M. 14.- ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-Rat Dr. Eugen Graetzer** in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

29. Jahrgang

Nr. 9.

Juni 1920

Aetiologisches.

Ueber gehäuftes Vorkommen von Stirndermatitiden. Von Dr. Conrad Siebert in Charlottenburg. In kurzer Zeit sind Verf. 3 Fälle von besonders auffallender, wohl charakterisierter Dermatitis an der Stirn vorgekommen, deren Aetiologie sich einwandfrei durch Tragen neuer Hüte erklären ließ. Bei den Patienten, alles Männern, trat plötzlich eine intensive, nach unten scharf abgesetzte, schmerzhaft Rötung und Schwellung am oberen Drittel der Stirn auf, von Brennen und Jucken begleitet. Die Erkrankung schloß genau an der Haargrenze sowohl an der Stirn als auch an den Schläfen ab, und Verf. hat sie nie auf den behaarten Kopf übergreifen sehen. Nach einigen Tagen sah man dicht gehäufte Bläschenbildung mit serösem oder seröseitrigem Inhalt auftreten. Schon der 1. Fall ließ den Zusammenhang mit dem Tragen des Hutes auf Grund der Lokalisation der Erscheinungen erkennen. Das Auftreten von Affektionen auf der Stirnhaut nach Tragen alter, verschwitzter Hüte und Mützen war ja früher schon bekannt, besonders sind Verf. solche Fälle aus der Militärzeit erinnerlich. Sie zeigten aber das Bild eines subchronischen Ekzems mit leichter Rötung und Nässen. Derartige stürmische Entzündungserscheinungen hat Verf. nicht beobachtet. Die Ursache dieser akuten Stirndermatitiden ließ sich durch das Tragen neuer Hüte nachweisen. Die Hüte hatten als Ersatz für das Schweißleder einen mit einer schwarzen, lackartigen Substanz imprägnierten Leinenstoff. Als Verf. den letzten Patienten zu seinem Hutmacher zurückschickte, damit er sich ein anderes Leder einsetzen lassen sollte, war auch dem Geschäftsinhaber das Vorkommen dieser Erkrankungen bekannt, was für ein häufiges Vorkommen dieser Erkrankungen spricht, so daß der Sache auch eine allgemeine praktische Bedeutung zukommt. Die Hautentzündung wird jedenfalls durch eine

bei der Imprägnierung des Stoffes verwendete, an sich geruchlose und nicht klebende Lacksubstanz hervorgerufen. Die Heilung erfolgte schnell nach Anlegung eines anderen Hutes unter Zink-trockenpinselung oder Puderbehandlung unter Schälung der Haut.
(D. m. W. 1920 Nr. 13.)

Hautentzündung durch Hutschweiß - „Leder“. Von Dr. J. Stangenberg in Bonn. Vor kurzem konsultierte Verf. ein Patient wegen eines Hautleidens auf der Stirn. Diese war in der Mitte leicht gerötet; Haut glänzte. Die Grenzen des Krankheitsbezirks waren deutlich nach dem Gesunden hin, ohne aber scharf abzuschneiden. Es konnte sich nur um eine akute, artefiziell gesetzte Dermatitis handeln. Der Patient, ein Musiker, hatte einige Tage vorher auf einer niedrigen Empore direkt unter einer Flamme gespielt. Verf. suchte daher die Ursache auf eine Wärmewirkung durch die Lampe zurückzuführen. Da außerdem schon irgendeine Haussalbe angewandt worden war, so hätte auch diese verschlimmernd wirken können. Nach einer indifferenten Salbe verschwand die Hautaffektion, kehrte aber wieder zurück, ohne an Ausdehnung zu gewinnen. Bald darauf stellte sich ein neuer Patient ein mit denselben Anzeichen einer Entzündung auf der Stirn. Nur war diese hier deutlich in Streifenform und verlief nach beiden Seiten bis in die Schläfenhaare. Es hatte sogleich den Anschein, als ob die Hautentzündung durch Druck des Hutes verursacht wäre. Auf die Frage gab der Patient an, daß er sich ein neues Schweißleder in den Hut habe machen lassen, wonach schon bald das Hautleiden aufgetreten sei. Trotz der Behandlung trat keine Besserung ein. Im Gegenteil, das Leiden verschlimmerte sich und zeigte sich bald um den ganzen Kopf. Die erkrankten Partien wurden nässend, und es zeigten sich borkige, impetigoartige Beläge, die auch auf Augenlider und obere Gesichtspartien übergingen. Angeregt durch diesen Fall, bestellte Verf. nochmals den ersten Patienten, der erzählte, daß er sich in mehrere Hüte neue Schweißleder habe machen lassen. Bei dem Schweiß-„Leder“, das er vorzeigte, handelte es sich um eine Lederimitation aus Papier. Dasselbe roch stark nach Karbol. Wie das Papier präpariert ist, hat Verf. bisher noch nicht in Erfahrung bringen können. Auf jeden Fall steht fest, daß es mit Stoffen durchtränkt ist, die reizend auf die Kopfhaut wirken und unangenehme Hautleiden hervorzurufen imstande sind.
(Ibidem.)

Bemerkungen über eine durch Schweißledererersatz hervorgerufene Dermatitis. Von Prof. Dr. Bettmann in Heidelberg. Mit geradezu explosiver Häufung sind in Heidelberg in der letzten

Zeit Fälle zur Beobachtung gelangt, in denen bei Patienten durch das Tragen neuer oder reparierter Hüte und Mützen Hautentzündungen ausgelöst wurden. Die Affektion beginnt stets an der Stirn in Form eines Erythems, das mehr oder minder starkes Brennen verursacht und zu einer ödematösen Schwellung führt, die sehr hohe Grade annehmen und nach Rückgang der Rötung noch längere Zeit anhalten kann. Bei einem Teil der Fälle bleibt die Veränderung auf einen kleinen Herd beschränkt, bei anderen breitet sie sich kontinuierlich über die ganze Stirn und auf den behaarten Kopf aus, vor allem aber greift sie auch auf die Lider und die Wangen über und kann zu mächtigen Lidödemen führen. Schuld an der Erkrankung trägt ein „Schweißleder“ aus einer Art von Kunstleder, das einen manchmal nur leisen, in anderen Fällen sehr aufdringlichen, allemal aber unverkennbaren unangenehm teerartigen Geruch verrät. Dieser wird viel bemerkbarer, wenn man ein Stückchen dieses Materials anwärmt. Schwitzen läßt die Erkrankung leichter zustandekommen. Diese ist sicherlich bereits vielerorts beobachtet, aber nicht gewürdigt worden. Die Kopfbedeckungen der Kranken stammen aus verschiedenen Geschäften und Städten. Es handelt sich zum Teil um sehr „noble“ Hüte. Die Diagnose der Affektion kann keine Schwierigkeit bereiten, wenn sich das Erythem von vornherein dem Hutrand entsprechend in Bandform entwickelt (was aber keineswegs immer ausgesprochen ist, da manchmal nur eine umschriebene, allerdings geometrisch begrenzte Stelle erkrankt) und die Fälle sich in einem bestimmten Betriebe, z. B. bei den Trambahnangestellten einer Stadt, häufen, und wenn man endlich an die auslösende Schädlichkeit denkt. Wer diese Punkte nicht beachtet, wird zumal bei unregelmäßiger weiterschreitenden Formen, die in scharfer Abgrenzung einen deutlich erhabenen Rand zeigen, leicht ein Erysipel vermuten. Tatsächlich sind mehrere Fälle mit dieser Fehldiagnose zugegangen, obwohl in keinem einzigen Temperatursteigerungen aufgetreten waren. Unzweckmäßiges Eingreifen bei Erysipelverdacht, wie beispielsweise Aufpinseln von Karbolöl, hat begreiflicherweise vermeidbare Verschlimmerungen herbeigeführt. Es ist also für den Praktiker wichtig, daß er auf die Erkrankung aufmerksam gemacht wird und sie gegebenenfalls in Betracht zieht. Die Behandlung sei so einfach wie möglich. Verf. rät zu Abtupfungen mit 1proz. Resorzinlösung und Auftragen eines indifferenten Puders. Dazu Fernhalten aller äußerlichen Schädlichkeiten, auch der Kompression der geschwellten Haut durch Verbände und Kopfbedeckungen. Man vermeide eine stärkere Mazeration durch anhaltende unzweckmäßig angelegte feuchte Verbände oder Salben, welche die frische Dermatitis steigern und Bläschenbildung und Nässen bedingen

können. Man riskiert sonst nicht nur weiteres Fortschreiten und längere Dauer, sondern auch Komplikationen. In einem der Fälle ist so eine Furunkulose entstanden. (M. m. W. 1920 Nr. 10.)

Die Tonsillen als Eingangspforte für Infektionen. Von Prof. Dr. Julius Citron (Aus der II. Medizinischen Universitätsklinik der Charité in Berlin). Die physiologische Aufgabe der Tonsillen ist nicht völlig geklärt. Sie können sowohl als Exkretionsorgan fungieren als auch eine Eingangspforte für Infekte darstellen. Hierbei können sie scheinbar intakt bleiben. Für den experimentellen Paratyphus ist der normale lymphatische Schlundring die Eingangspforte bei der Infektion per os. Hierdurch wird es wahrscheinlich, daß auch die natürliche Infektion mit Typhus und Paratyphus auf diesem Wege in den Organismus eindringt. Der Nachweis von Infektionserregern in den Tonsillen beweist an sich nicht, daß hier die Eingangspforte ist. Dies wird erst dadurch wahrscheinlich, daß die Tonsillenerkrankung der Allgemeininfektion vorausgeht, daß Tonsillenrezidiv zum Allgemeinrezidiv führt, daß Quetschung der Tonsillen neue Anfälle auslöst und Tonsillektomie Heilung begünstigt. Enger Zusammenhang zwischen der rezidivierenden chronischen superfiziellen Tonsillitis mit Polyarthrits rheumatica, Glomerulonephritis acuta, Endokarditis, Pleuritis usw. Kryptogenetische Sepsis vielfach Folge tonsillärer Infektion. Radikaltherapie: Tonsillektomie. (D. m. W. 1920 Nr. 13.)

Symptomatologisches.

Zur Bewertung des Schmerzes bei Frauenleiden. Von Erich Opitz. Verf. weist zunächst darauf hin, daß man bisher den sogen. hysterischen Stigmata eine zu große Bedeutung beigemessen hat. Bei diesen Veränderungen handelt es sich seines Erachtens vielfach um Störungen des vegetativen Nervensystems, von denen die Gruppe mit vorwiegend vagotonischen Erscheinungen, dem, was man als Hysterie bezeichnet, nahe stehen dürfte, diejenigen mit mehr sympathikotonischen Erscheinungen der Neurasthenie. Eine große Rolle bei der Bewertung des Schmerzes spielt die Suggestion. Man kann durch Veränderungen des psychischen Zustandes auch einen durch eine anatomisch nachweisbare Ursache bedingten Schmerz unter gewissen Umständen zum Verschwinden bringen. Man soll sich bei vielen Schmerzen, die geklagt werden, nicht mit der Diagnose Hysterie oder Neurasthenie begnügen, sondern in jedem Falle eifrig nach vorhandenen Ursachen fahnden. Wir sind niemals in der Lage, mit völliger Sicherheit zu behaupten, daß in einem bestimmten Falle keine anatomischen

Veränderungen vorliegen, sondern nur, daß wir sie zunächst nicht nachweisen können. Schwierig ist die Frage nach der Lokalisation der Schmerzen im Abdomen. Wenn vor allem **Lenander** die Schmerzen in den Abdominalorganen durch Zerrung an dem parietalen Peritoneum entstanden glaubt, und dem Uterus, den Tuben und Ovarien jede Schmerzempfindlichkeit abstreitet, so ist Verf. gegenteiliger Meinung. Er ist der Ansicht, daß besondere Reizbarkeit der Uterusnerven und der Uterusmuskulatur selbst diese krampfhaften Zusammenziehungen bei Berührung, z. B. mit der Sonde, am inneren Muttermunde veranlasse. Selbst bei bestehender Hysterie oder Neurasthenie lassen sich oft örtliche Ursachen von Schmerzempfindungen nachweisen, die durch zweckentsprechende Behandlung beseitigt und geheilt werden können. Als Beispiele wenig beachteter Schmerzursachen führt nun Verf. folgende an: 1) Askariden, die durch Zusammenknäuelung im Darm den Darmabschnitt zu spastischen schmerzhaften Zusammenziehungen reizen. 2) Phlebektasien im Becken, die besonders bei der Rückenlage zu Stauungs- und dadurch Druck- und Schmerzerscheinungen führen. 3) Durch den Harnleiter hervorgerufene Schmerzen infolge von Knickungen und Stenosen im Verlaufe des Harnleiters. 4) Kreuzschmerzen, die hauptsächlich auf einer Ermüdung und Erschlaffung der Rückenmuskulatur beruhen, und tuberkulöse Erkrankungen retroperitonealer Lymphdrüsen. 5) Schmerzen, die durch Veränderungen am Darme, vor allem am Zöcum und S-romanum bedingt werden, Verwachsungen, breite Fixationen u. dgl. m. Gerade diese Veränderungen sind noch relativ wenig bekannt und geben durch entsprechende operative Behandlung gute Resultate. (Zschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 82 H. 1.)

Ueber Aortenveränderungen bei latenter Lues. Von Dr. Erwin Pulay, Assistent der I. dermatologischen Abteilung der Poliklinik in Wien. Ueberblicken wir die Ergebnisse dieser Arbeit, so verlegt Verf. den Schwerpunkt auf das eminent praktische, weil soziale Moment. Er konnte zeigen, in einer wohl hohen Zahl von Fällen dieluetischen Aortenveränderungen sich zu einem Zeitpunkt bereits nachweisen lassen, in dem wir sonst an eine solche Veränderung nicht zu denken pflegen. Weiter konnte er feststellen, in welchem hohen Prozentsatz man bereits Herzveränderungen bei mit latenter Lues in Behandlung stehenden Kranken finden kann. All diese Momente sind von prinzipieller Wichtigkeit im Hinblick auf die Therapie. Goldscheider sagt: „Man kann sagen, daß die Prognose der Aortitisluetica zum guten Teil von ihrer frühen Diagnose abhängt.“ Saathoff: „Solange wir aber den Beginn der Erkrankung nicht mit Sicherheit feststellen können, so-

lange werden wir auch den Verlauf der Erkrankung nicht vollständig überblicken können.“ Und schließlich Runeberg: „Prognose und Verlauf derluetischen Aortitis sind oft nur vielleicht deshalb ungünstig gewesen, weil die Krankheit erst spät erkannt wurde.“ All diese zitierten Autoren wie auch Verf.'s Erfahrungen sprechen in dem eindeutigen Sinne, daß für die Prognosestellung einer jedenluetischen Herzveränderung das frühzeitige Erkennen derselben von hoher Wichtigkeit ist, weil die antiluetische Behandlung den gewünschten Erfolg nur dann bringt, wenn sie energisch und genügend lange durchgeführt werden kann, andererseits um so erfolgreicher ist, je frühzeitiger sie einsetzt. Da die Arbeiten der letzten Jahre eindeutig gelehrt haben, daß durch antiluetische Behandlung, vor allem durch die richtige Heranziehung des Neosalvarsans, dieluetische Aortitis zweifellos günstig zu beeinflussen ist, und Verf. auf Grund seiner eigenen Erfahrungen unbedingt den Standpunkt vertritt, in jedem Falle einerluetischen Herzveränderung der kardialen die spezifische Therapie anzugliedern, ferner heute wissen, daß diese Therapie um so erfolgreicher ist, je frühzeitiger sie einsetzt, so müssen wir die Forderung dahin aufstellen: In jedem Falle einer Lues ist es Sache des Syphilidologen, systematische Herzuntersuchungen 2 mal jährlich zu veranlassen, so wie wir es mit WR seit Jahren üben, um im Falle, daß wir am Herzen einen von der Norm abweichenden Befund erheben können, die spezifische Therapie energisch einsetzen zu lassen. Zur Untersuchung ist vor allem das Röntgenverfahren heranzuziehen, weil es uns ermöglicht, zu einem Zeitpunkte bereits Veränderungen nachzuweisen, zu welchen wir sonst keinerlei objektiv nachweisbare klinische Veränderungen feststellen können. (Derm. Wschr. 1920 Nr. 12.)

Ueber Aortitis luica. Von Prof. Dr. Lenzmann in Duisburg.

1. Die Aortitis luica gehört zu der spätluischen Erscheinung, die oft — für den Patienten zunächst unbemerkt — sich einschleicht und meistens dann erst zur Beobachtung des Arztes kommt, wenn sie bereits weitgehende Zerstörungen (Aortenerweiterung, Aneurysma, Insuffizienz der Aortenklappen) bewirkt hat.

2. Nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse müssen wir sagen, daß kein luisch Infizierter gegen das Auftreten dieser Erkrankung gesichert ist, wie lange auch die Serumreaktion negativ gewesen sein mag.

3. Die Erkrankung tritt meistens bei den Infizierten auf, die schwere Rezidiverscheinungen der Lues nicht durchgemacht haben, sie haben deshalb meistens ihre Lues schon vergessen. Es gibt auch Fälle, in denen die Infizierten überhaupt keine Kenntnis von ihrer Infektion haben.

4. Eine gründliche Behandlung der Lues in ihren Anfangsstadien schützt am besten — aber auch nicht absolut sicher — vor der Aortitis.

5. Bei jedem Menschen von mittlerem bis zum hohen Alter, der unter den Symptomen des Druckes und Schmerzes hinter dem Brustbein, des Herzschmerzes, der Kreislaufsinsuffizienz, der Aorteninsuffizienz, der Angina pectoris erkrankt, für welchen Symptomenkomplex eine andere Ursache nicht durchsichtig sich aufdrängt, ist an eine Aortitis luica zu denken und eine dementsprechende Untersuchung anzustellen.

6. Die Behandlung der Erkrankung zeitigt oft noch Erfolge, selbst wenn es sich auf Grund der klinischen Untersuchung und der subjektiven Symptome um ein scheinbar vorgeschrittenes Stadium handelt.

7. Die Behandlung ist mit Vorsicht, aber gründlich durchzuführen. Die Serumreaktion ist für diese Durchführung nicht bindend. Ist sie auch negativ geworden, ja bei von vornherein bestehender negativer Reaktion muß die Behandlung weitergeführt werden, so lange noch auf Grund klinischer Beobachtung Aussicht auf weiteren Erfolg besteht. (Zschr. f. ärztl. Fortb. 1919 Nr. 23.)

Toxikologisches.

Fall von Veronalvergiftung. Von Dr. Moszeik, Sondershausen. Frl. D., eine ausgebildete Krankenschwester, 25 Jahre alt, wurde am 22. Juli in soporösem Zustande im hiesigen Krankenhaus eingeliefert. Es ließ sich feststellen, daß eine Veronalvergiftung vorlag. Nach einer Magenausspülung erhielt die Kranke Kaffee und subkutan Koffein. Sie schlief dann ununterbrochen 2 mal 24 Stunden, ohne auf äußere Reize zu reagieren. Am 25. Juli schlug sie bei Anrufen die Augen auf, um sie sofort wieder zu schließen und erneut in Schlaf zu verfallen, am Tage darauf merkte sie zum ersten Male, daß sich jemand an ihrem Bette befand. Dann erholte sie sich rasch vollständig, nur eine gewisse Müdigkeit in den Muskeln der unteren Extremitäten blieb noch längere Zeit zurück. Ein weiteres therapeutisches Eingreifen war nicht nötig geworden, da die Herztätigkeit und auch die Atmung, die anfangs hart und hörbar gewesen war, gut blieben. Patientin hatte 7 g Veronal in Oblate zum Zwecke des Selbstmordes genommen, die Wirkung war nach ihrer Angabe sehr schnell, innerhalb 5 Minuten, eingetreten. Keine Uebelkeit, kein Erbrechen. Die Menstruation, die am 22. gerade eingesetzt hatte, wurde in ihrem Verlaufe nicht beeinflußt. San.-Rat Dr. Edel behauptete vor kurzem, daß „Veronal jetzt ein beliebtes Mittel geworden sei, um sich in ein besseres

Jenseits zu befördern“. Wenn das richtig ist, so liegt das vermutlich zum großen Teil daran, daß sich Veronal leichter beschaffen läßt als die sonst von Lebensmüden bevorzugten Gifte. Jedenfalls dürften die Selbstmordkandidaten sehr bald von der Wahl dieser Droge Abstand nehmen, da der obige Fall und eine Reihe von ähnlichen in der Fachpresse veröffentlichten zur Genüge zeigen, daß die Einverleibung von Veronal selbst in großen Mengen das gewünschte Ende gewöhnlich nicht herbeiführt.

(M. Kl. 1920 Nr. 9.)

Vorübergehende Erblindung mit Augenmuskellähmung nach Kohlenoxydvergiftung. Von Prof. Dr. G. Abelsdorff in Berlin. Die Seltenheit der durch Kohlenoxydvergiftung erzeugten Veränderungen des Sehorgans und ihre besondere Beschaffenheit in dem mitzuteilenden Falle veranlaßt Verf. zu der Veröffentlichung folgender Beobachtung: Der am 17. XII. 19 in dem Städtischen Krankenhause Berlin-Lichtenberg aufgenommene Gärtnerlehrling F. B. war am 12. XII. 19 trotz Verbots in dem Innern eines durch Glühkohlen erwärmten Gärtnerwagens gefahren, er wurde ohnmächtig, bekam starkes Erbrechen, Uebelbefinden mit Schwindelerscheinungen und Kopfschmerzen, die 2 Tage anhielten. Am 4. Tage gesellte sich eine Sehstörung hinzu, die sich am folgenden Tage derart verschlimmerte, daß er selbst große Gegenstände nicht mehr erkannte und daher im Krankenhause Hilfe suchte. Augenbefund: Am Tage nach der Aufnahme, d. h. am 6. Tage nach der Vergiftung, als Verf. den Kranken zum ersten Male sah, mußte er wie ein Blinder geführt werden. Die Sehschärfe betrug rechts: Erkennen von Handbewegungen in 1 Meter, der Kranke fixierte, das Gesichtsfeld war allseitig fast bis zum Fixierpunkt eingengt. Links wurden ebenfalls Handbewegungen in etwa 1 Meter Entfernung erkannt, aber nur in einer schmalen Zone exzentrisch temporal, oben, nasal und unten fehlte das Gesichtsfeld für das Erkennen von Handbewegungen. Beiderseits bestand totale Farbenblindheit. Der objektive Befund ergab: Rechte Pupille weiter als linke bei prompter Reaktion der Pupillen auf Licht und Konvergenz. Die Augenbewegungen sind frei, nur bleibt das rechte Auge beim Blick nach oben ein wenig gegen das linke zurück. Der ophthalmoskopische Befund ist bis auf einige kleine alte Depigmentierungsherde, die unten an der äußersten Peripherie des rechten Augenhintergrundes wahrnehmbar sind, normal. Im Verlauf einer Woche besserte sich ohne therapeutische Maßnahmen die Sehschärfe erheblich, am 27. XII. 1919 betrug sie bereits rechts $6/20$, links $6/25$, auch links wurde jetzt zentral fixiert, das Gesichtsfeld zeigte heiderseits noch hochgradige konzentrische Einengung ohne

Skotom. Bunte Farben wurden wieder erkannt, der Untersuchte machte aber die typischen Verwechselungen eines angeboren Rotgrünblinden und gab auf Befragen auch zu, daß er stets die Farben verwechselt habe. Der objektive Befund an den Pupillen und dem Augenhintergrund war unverändert, die bereits früher angedeutete Bewegungsanomalie war jetzt ausgesprochen vorhanden; beim Blick geradeaus steht die linke Gesichtslinie höher als die rechte, bei Blicksenkung, und zwar am stärksten beim Blick nach links und unten, bleibt das linke Auge gegen das rechte zurück. Bei Vorhalten eines roten Glases vor das rechte Auge werden Doppelbilder in der unteren Hälfte des Blickfeldes wahrgenommen, das Bild des linken Auges liegt tiefer, der Vertikalabstand der Doppelbilder vermindert sich beim Blick nach rechts, es handelt sich also um die typischen Symptome der Parese des Musculus rectus inferior sinister. Am 3. Januar 1920 bestand noch die Augenmuskellähmung, beide Pupillen waren aber gleich weit, beide Augen hatten wieder volle Sehschärfe und lasen in der Nähe von $\frac{1}{4}$ Meter wieder feinsten Druck. Gesichtsfeld normal. Am 10. Januar war dieser Befund unverändert. Die nach Kohlenoxydvergiftung eintretenden Schädigungen des Auges sind selten und äußern sich hauptsächlich in Erkrankungen der Augenmuskeln und Sehstörungen. Die letzteren haben verhältnismäßig häufig einen hemianopischen Charakter und sind dann zentral bedingt. Die ophthalmoskopisch beobachteten Veränderungen beschränken sich auf venöse Hyperämie, einmal ein kleines Retinaexsudat oder auch einmal leichte Neuritis optica. Wenn Verf. von der Augenmuskelerkrankung absieht, so bietet nur eine Beobachtung von Schmitz, bezüglich der Art der Sehstörung mit der oben geschilderten eine gewisse Ähnlichkeit: Ein Arbeiter war nach Einatmung von Leuchtgas bewußtlos geworden, 5 Tage später war die Sehschärfe auf $\frac{1}{6}$ beiderseits herabgesetzt, die Akkommodationsbreite vermindert, bei normalem Licht- und Farbensinn war das Gesichtsfeld beiderseits außerordentlich stark ringförmig eingeengt. Ophthalmoskopisch bestand außer venöser Hyperämie leichte Verschleierung der Papillengrenzen und Trübung der angrenzenden Retina, die sich im Laufe von 6 Wochen wieder verloren. Wie in diesem Fall von Herabsetzung der Sehschärfe mit konzentrischer Gesichtsfeldeinengung der ophthalmoskopische Befund auf Neuritis deutet, so scheint auch obiger Beobachtung trotz des normalen Augenhintergrundes die Annahme einer orbitalen bzw. intrakraniellen Neuritis gerechtfertigt zu sein, die Gesichtsfeldstörung ließ sich durch einen einheitlichen zentralen Herd, z. B. eine Blutung nicht erklären. Mit der Annahme einer akuten, sich schnell zurückbildenden beiderseitigen Neuritis ist die schnelle Besserung der Sehstörungen wohl vereinbar. (D. m. W. 1920 Nr. 8.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Die Behandlung der rachitischen Verkrümmungen in der allgemeinen Praxis. Von Prof. Georg Magnus in Marburg. Die Frage, wann die Folgen der Rachitis in Angriff genommen werden sollen, wird verschieden beantwortet. Sicher soll eine orthopädische Behandlung nicht eher beginnen, als bis die Krankheit selber abgelaufen ist, also nicht vor dem 4. Lebensjahr. Ebenso sicher soll aber auch damit nicht bis zum 12. Jahre oder noch länger gewartet werden in der Hoffnung, daß die Verkrümmungen von selbst wieder verschwinden. Das Kind sowohl wie die Eltern leiden doch gewöhnlich recht schwer unter dem Zustande, so schwer, daß eine Behandlung nicht einfach mit dieser Vertröstung auf eine vielleicht zu erwartende Spontanheilung abgelehnt werden darf. Es kommt hinzu, daß, wenn diese Spontanheilung nicht eintritt, die Therapie schwieriger, eingreifender und zeitraubender ist als bei den kleinen Kindern. Wir werden sicher keinen Fehler machen, wenn wir schwere rachitische Verkrümmungen, und nnn von diesen soll hier die Rede sein, etwa im 5. Lebensjahr in Angriff nehmen; es kommt dann als besonderer Vorteil hinzu, daß die Behandlung vor Beginn des Schulunterrichts abgeschlossen ist. Ein Verfahren, das Röpke und Anzoletti im Jahre 1909 angegeben haben und über das später Hohmeier Gutes berichten konnte, verdient deshalb besondere Beachtung, weil es dem praktischen Arzt durchaus zugänglich ist. Das Prinzip besteht in einer Vorbereitung der krummen Knochen, die dadurch für eine möglichst schonende Redression geeignet gemacht werden. Das Mittel dazu ist der Gipsverband. Bei absoluter Fixation einer Extremität wird deren Skelett atrophisch, kalkarm, weich — eine Tatsache, die gewöhnlich als unerwünschte Nebenerscheinung angesehen wird. Hier machen wir von dieser Beobachtung therapeutischen Gebrauch: wir führen die Atrophie absichtlich herbei als Vorbehandlung des zu redressierenden Knochens. Die Methode besteht also einfach darin, daß die Beine des Kindes in pathologischer Stellung eingegipst werden. Die beiden Gelenke, die dem zu korrigierenden Knochen benachbart sind, werden fixiert. Dann kommt das Kind mit diesem Gipsverband für 5—6 Wochen ins Bett. In dieser Zeit tritt eine sehr erhebliche Atrophie ein. Der verkrümmte Knochen kann nach Abnahme des Gipsverbandes mühelos redressiert werden. Das Kind wird narkotisiert, und in Narkose wird das Bein, oder, da es sich meist um doppelseitige Erkrankung handelt, werden beide Beine gerade gerichtet. Dazu ist keinerlei Instrument nötig, es gelingt rein manuell. Meist

biegt sich der Knochen unter der Hand wie eine Wachskerze und läßt sich ganz willkürlich formen. In der Minderzahl der Fälle gibt es Infraktionen, ohne daß dadurch das Resultat beeinträchtigt würde. In aller Ruhe läßt sich die erstrebte normale Gestalt des Knochens herstellen. Und dann wird die Extremität wieder eingegipst, wieder für 6 Wochen. Dabei ist von fundamentaler Bedeutung, daß im zweiten Gipsverband die nun gerade gerichteten Knochen ausgiebig belastet werden, damit die im ersten Verband gewonnene Atrophie wieder verschwindet. Vom Beginn der 3. Woche kann man mit vorsichtiger Belastung anfangen, und gegen Ende der Behandlung gehen die Kinder ganz willig in ihren Gipsverbänden. Im Laufe der 7. Woche wird der Gips entfernt und nun mit Massage und Bewegungen nachbehandelt. Die Vorschrift, daß im ersten Stadium der Therapie eine kalkarme, nach der Redression eine kalkreiche Kost verabreicht werden soll, hat Verf. nicht befolgt. Ganz abgesehen von der Schwierigkeit der Durchführung der Diät, ist eine schnelle Umstellung der Kalkbilanz im Knochen von der Nahrung aus wohl kaum vorstellbar. Einen Nachteil hat Verf. von dieser Unterlassung nicht gesehen. Nach der beschriebenen Methode hat er in den letzten 3 Jahren alle einschlägigen Fälle der Marburger Klinik und des Krüppelheims behandelt — es waren vielleicht 30 —, durchweg mit sehr befriedigendem Erfolg. Einmal war nach Abnahme des zweiten Gipsverbandes ein angebrochener Oberschenkel nicht fest und mußte zur völligen Konsolidierung noch einmal für 3 Wochen eingegipst werden. Alle anderen Fälle verliefen ohne Störung. Verf. hat sich von Rezidiven in dem Sinne, daß nach Abnahme des zweiten Gipsverbandes wieder Verbiegungen eintreten, nie überzeugen können. Daß sich die Knochen nach dem ersten Verbands nicht redressieren ließen, ist zweimal vorgekommen. Beide Male führte eine Verlängerung der ersten Periode um 4 Wochen zum Ziel. Wo es sich um Verbiegungen der Unterschenkel handelte — und das war die Mehrzahl der Fälle —, wurde der Verband nur bis unter das Tuber ischii angelegt. Beim Genu valgum oder bei anderweitigen Verkrümmungen der Oberschenkel wurde das Becken mit eingegipst. Die Methode hat den großen Vorteil, daß sie dem praktischen Arzt zweifellos zugänglich ist, zumal sie sich ambulant durchführen läßt, wie Verf. es auch bei einem erheblichen Teil der kleinen Patienten getan hat, und zumal sie keinerlei Instrumentarium erfordert. Voraussetzung ist, daß die Bettruhe vor der Redression und die sorgfältig dosierte Belastung im zweiten Teil der Behandlung gewährleistet ist. Aber dann ist die Therapie wirklich lohnend, der Erfolg ganz außerordentlich erfreulich.

(Ther. M. 1920 Nr. 1.)

Zur Behandlung des Plattfußes. Von Dr. Heermann in Cassel. Wenn man Ferse und Vorderfuß eines beweglichen Plattfußes gegeneinander um seine Längsachse dreht, die Ferse nach außen, den Vorderfuß nach innen, so gelingt es, das Fußgewölbe wiederherzustellen. Um dies dauernd zu bewirken, hat man nur nötig, den Absatz auf der Innenseite gerade herunterlaufen zu lassen und zu erhöhen (bis 1 cm). Zum Unterschied von den Konstruktionen Miller-Thomas, Beely und Staffel bleibt also der Vorder Schuh unverändert. Auf einem hochgesprengten Leisten wird demnach bei Neuankfertigung an der Außenseite der Ferse ein Lederstück aufgelegt, um an dem fertigen Schuh unsichtbar das Tiefertreten der Außenseite dieser Ferse und somit die Erhöhung der Innenseite zu erzielen; an dem Schuh der Steg breit und fest mit geringer Ausrandung gearbeitet, durch Stahlgelenk gestützt; die feste Kappe bis unter die Fußwölbung fortgesetzt; der mittelhohe Absatz möglichst nach innen gerückt und, wie erwähnt, auf der Innenseite senkrecht abwärts geführt, an der Außenseite abgeschragt, so daß sich der Schuh äußerlich von einem gewöhnlichen nicht unterscheidet. Da der übrige Teil des Schuhs beliebig gestaltet werden kann, so kann dieser eine elegante Form erhalten. Auch Halbschuhe können getragen werden, wenn nur ihr hinterer Teil vorschriftsmäßig und fest hergestellt ist. Unter dieser letzteren Vorbedingung läßt sich die Aenderung des Absatzes auch an jedem alten Schuh mit gutem Erfolge vornehmen, die Erhöhung der Innenseite durch einfaches Zwischenschieben eines schmalen Lederstreifchens entsprechender Höhe zwischen die Lederscheiben des Absatzes.

(D. m. W. 1920 Nr. 6.)

Trypaflavin und Trypaflavinsilber (Argoßflavin) in der Therapie maligner Geschwülste. Von Prof. Dr. C. Lewin (Univers.-Institut für Krebsforschung der Charité in Berlin). Versuche über intravenöse Anwendung sind noch im Gange, sie ergaben in manchen Fällen unverkennbare Beeinflussung im Sinne einer Rückbildung bzw. des Wachstumsstillstandes. Für die Therapie der malignen Geschwülste war es aber von großem Werte, die desinfizierende, desodorierende und sekretionsbeschränkende Wirkung des Trypaflavins bei einer Reihe von sekundären Zerfallsprozessen, die mit stinkender Eiterabsonderung einhergehen, zu erproben. Verf. verwendete das Mittel in Form von Spülungen 1:1000 bei Uteruskarzinomen. In letzter Zeit hat er die von der Firma*) gelieferte fertig hergestellte Trypaflavingaze in Streifen in die Zerfallshöhle des Uteruskrebses eingeführt. Die übelriechenden, durch sonstige

*) Cassella & Co., Frankfurt a. M.

Behandlungsmethoden schwer einzuschränken Absonderungen wurden in der günstigsten Weise beeinflusst. Selbst in den Fällen, wo es zur Perforation in das Rectum und in die Blase gekommen war, konnte Verf. den Jauchungsprozeß immer noch auf ein erträgliches Maß zurückdrängen. Bei einem Uteruskarzinom mit Durchbruch ins Rectum hatten intravenöse Argoflavininjektionen allein die sehr erwünschte Nebenwirkung einer unverkennbaren Einschränkung der stinkenden Absonderungen. Bei zerfallenen Mammakarzinomen verwendete Verf. Trypaflavingaze oder Trypaflavinstreupuder, welches die Firma selbst herstellen läßt. In letzter Zeit erhielt er eine 2%ige Trypaflavinsalbe, die er mit gleichem Erfolge anwandte. Es gelang so, die übelriechenden jauchenden Zerfallserscheinungen des Mammakrebses ebenfalls in günstigster Weise zu beeinflussen. Die Sekretion wurde geringer, der üble Geruch verschwand mehr und mehr, und die Wunden reinigten sich in ausgezeichneter Weise. Ein leichtes Brennen, über das zuweilen bei Verwendung der Trypaflavingaze und des Puders geklagt wird, ist bei der ausgezeichneten Wirkung des Mittels leicht in Kauf zu nehmen. Auch bei jauchenden Karzinomen sonstiger Art, die einer lokalen Therapie zugänglich sind, wird sich die äußerliche Anwendung des Trypaflavins (Spülungen mit 1%iger Lösung, Trypaflavingaze oder -puder und nicht zuletzt die Trypaflavinsalbe) außerordentlich empfehlen. Namentlich bei Blasenkarzinomen und bei Uteruskrebs scheint seine Verwendung eine dankenswerte Bereicherung unserer symptomatischen Krebstherapie zu sein. (Ther. d. Gegenw. 1920 Nr. 1.)

b) Innere Krankheiten.

Bluttransfusion beim Säugling. Von Harriehausen. Die ausgezeichneten Erfolge der Bluttransfusion, die im Felde beobachtet wurden, veranlaßten Vortragenden, auch damit bei Säuglingen Versuche zu machen. Besonders günstig reagierten aplastische und sekundäre Anämien. Bei Pseudoleucaemia infantum scheinen keine dauernden Erfolge erzielbar. Das sogenannte indirekte Verfahren wurde bei der Transfusion angewandt. Als Blutspender wurden Angehörige oder Aerzte der Klinik benutzt. Es wurden 30—120 ccm meistens in die Vena jugularis eingespritzt. Bei einem Falle Injektion in den Sinus sagittalis. Mehrere in kleineren Abständen vorgenommene Injektionen wirken besser als wenige größere. Außer einigen Malen Fieber sind üble Nebenwirkungen nicht aufgetreten.

(Med. Sekt. d. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Kultur, Breslau 7.11.19.)

Chlorosebehandlung mit intravenösen Eiseninjektionen. Von Dr. C. Lüders, Waren (Müritz). Die Technik war folgende: 0,5 Liq. Ferri album. werden in die 2-g-Rekordspritze aufgesogen, dazu bis 1,5 physiologischer NaCl-Lösung. Da die Spritze somit nicht ganz gefüllt ist, läßt sich nach Einstich und Ansaugen leicht feststellen, ob man gut in der Vene liegt. Jetzt wird ganz langsam injiziert. Pünktlich nach 2 Stunden stellt sich regelmäßig Fieber ein. Schüttelfrost, meistens 38,6—39,0°. Die begleitend auftretenden starken Kopfschmerzen sind bis zum nächsten Mittag verschwunden. Das Sterilisieren des Medikamentes ist umständlich, da es bei 70° geschehen muß; bei Anwendung höherer Temperaturen flockt es durch Eiweißgerinnung aus. Es ist in dieser Form der Eisenapplikation eine der oralen Darreichung weit überlegene Methode gegeben, Magen und Zähne werden geschont und es werden in einigen Tagen Erfolge erzielt, die nach der bisher üblichen Anwendungsform erst nach langer Zeit zu erreichen waren. Die leider nur in wenigen Fällen möglich gewesenen Nachuntersuchungen nach zirka 4 Wochen lassen ja ein gewisses Zurückgehen des Hämoglobingehalts erkennen. Untersuchungen, die nach einem halben oder ganzen Jahre vorgenommen werden sollen, werden jedoch zeigen, ob die Wirkung nicht doch nur eine vorübergehende ist. Zweitmalige Injektionen hat Verf. bisher nicht vorgenommen. Er glaubt jedoch, daß bei wiederholter und unter Umständen noch intensiverer Darreichung erfreuliche Dauererfolge zu erzielen sein werden. Er glaubt jetzt schon behaupten zu können, daß diese Form der Eisenapplikation eine große Zukunft hat und die bisher übliche Medikamentierung verdrängen wird.

(M. Kl. 1920 Nr. 2.)

Zur Therapie des Emphysems. Von Dr. Heermann in Kassel. Ein 4—5 cm breites Gummiband wird um die Brust in der Gegend der kurzen Rippen über Hemd und Weste so geschnallt, daß es die Ausatmung leicht unterstützt und ein angenehmes Gefühl der Hilfe und Erleichterung erzeugt. Es wird möglichst dauernd tagsüber getragen. Der Erfolg zeigt sich in kurzer Zeit durch Zunahme des Atmungsumfangs und durch Abnahme der Störungen in Lunge und Hals. Zu beziehen durch Fa. Braun in Melsungen (Hessen-Nassau).

(D. m. W. 1919 Nr. 48.)

Ueber Diäthylbarbitursäurekompositionen. Von Prof. Dr. Carl v. Noorden, Frankfurt a. M. Verf. macht auf eine neue Komposition — Somnazetinum solubile — aufmerksam, die aber erst erprobt werden muß. Dann geht er noch einmal auf sein

altes Somnazetin ein. Als Schlafdosis reichen für gewöhnlich 2 Tabletten (zusammen 0,3 g Natr. diaethylbarbit. enthaltend), beim Hinlegen genommen, völlig aus. In schwereren Fällen gibt man Tag um Tag abwechselnd je 3 und je 2 Tabletten. Ueber 4 Tabletten brauchte Verf. niemals hinauszugreifen. Selbst nach 4 Tabletten bleibt nachwirkende Schläfrigkeit am nächsten Vormittag, ebenso Eingenommensein des Kopfes völlig aus. Immer aufs neue bestätigte sich eine schon frühzeitig gemachte Erfahrung, daß der Gebrauch der Arzneikomposition dem störenden Einfluß der Gewöhnung an die Barbitursäurekomponente und des Nachlassens der Wirksamkeit kräftig vorbeugt. Die größere Dosis bewährte sich ausgezeichnet bei gesunden Leuten auf nächtlichen Eisenbahnfahrten. Ohne jede üble Nachwirkung fördern sie die Leistungsfähigkeit am nächsten Tage. Viele Geschäftsleute und Beamte, die während des Krieges allwöchentlich 1—2 mal Dienstreisen von Frankfurt nach Berlin und zurück machen mußten, versicherten, sie würden ohne Hilfe des Somnazetins die Strapazen nicht ausgehalten haben. Andere Schlafmittel, in zureichender Dosis genommen, hätten ermüdende Nachwirkung hinterlassen. Auf Seefahrten erwies sich Somnazetin, 4 mal täglich 1 Tablette mit etwa 3 stündlichen Pausen, als wirksames Vorbeugemittel gegen Seekrankheit, wahrscheinlich infolge Abstumpfung der Empfangsorgane für vestibulare Reize. Bei Schmerzen verschiedener Art, die den Schlaf hindern, kommt man mit Somnazetin nicht weit. Wenn man aber 4 Stunden und 2 Stunden vor Schlafenszeit je 1 Tablette reicht, kann die schmerzstillende Gabe von Morphinum oder anderen Opiaten vor dem Schlaf wesentlich, oft bis auf die Hälfte der sonst wirksamen Dosis, herabgesetzt werden. Bei Morphinumentziehungskuren setzt Somnazetin (etwa 3—4 mal täglich je 1 Tablette) das Verlangen nach Morphinuminjektionen wesentlich herab. So gelang es z. B. bei einer Dame, die bis zu der kolossalen Dosis von 1,8—2,0 g Morphinum täglich gelangt war, mittels Somnazetins (zunächst 5 Tabletten täglich) die Morphinumdosis binnen 3 Tagen auf den zehnten Teil herabzudrücken, ohne daß nennenswerte Abstinenzerscheinungen aufgetreten wären. Bei allgemeinen nervösen Erregungszuständen bewährt sich gleichfalls Somnazetin in refracta dosi, etwa 3—4 mal täglich je 1 Tablette, beginnend morgens bald nach dem Frühstück. Es ist bemerkenswert, wie selten bei solcher Gabe und Verteilung unter Tag Müdigkeit oder gar Schläfrigkeit auftritt; es kommt nur zu der erwünschten Beruhigung. Das Verabfolgen eines Schlafmittels am Abend ist dann meist ganz überflüssig; höchstens wird etwas Baldrian- oder Orangenblütentee gereicht. Unter den Erregungszuständen hebt Verf. solche von seiten des Herzens ganz besonders

hervor. Man kommt mit Somnazetin oft viel weiter als mit den eigentlichen Herzmitteln. Namentlich Basedowkranke verlieren unter der Somnazetinwirkung alsbald das subjektive Gefühl der Herzerregung, und meist sinkt auch die Pulsfrequenz allmählich etwas ab. Das subjektive Wohlbefinden und Ruhegefühl, auf dessen Erzielung man bei Basedowkranken therapeutisch größten Wert legen muß, ist überraschend. Diese Erfahrung veranlaßte Verf. auch, das Somnazetin in kleinen Gaben (2—3mal täglich 1 Tablette) bei Patienten zu erproben, die wegen thyreogener Fettsucht eine Schilddrüsenkur durchmachten, bei denen aber unliebsame Herzerregungszustände sich erschwerend in den Weg stellten. Früher gab Verf. — wie es ja vielfach geschieht — kleine Mengen Digitalis neben dem Thyreoidin. Somnazetin, das zweifellos harmloser ist, bewährte sich aber meist besser. An Hungertagen (z. B. bei Diabetes mellitus), an welchen sich manchmal ein unliebsamer Aufregungszustand einstellt, verhütet Somnazetin in refracta dosi dessen Entstehen und die daraus hervorgehende Schlaflosigkeit. Opiate leisten bekanntlich die gleichen Dienste, bringen bei gleichzeitigem Fasten aber häufig Kopfschmerz und hinterlassen Stuhlträgheit. Bei Durchfallkrankheiten verschiedener Art, welche sich mit deutlich nervösem Einschlag verbinden und deshalb zu stärkerer und lästigerer Darmerregung führen, als es dem Darmleiden selbst entspricht, wirkt Somnazetin, ohne Verstopfung zu bringen, günstig und beruhigend (gleichfalls in refracta dosi). Der Appetit wird dadurch nicht geschädigt. Da man bei Arteriosklerotikern sehr oft mit Schlaflosigkeit zu rechnen hat, lag es nahe, zu erproben, ob man mit der erheblich kleineren, aber gleich wirksamen Barbitursäuremenge des Somnazetins besser als mit Veronal abschnitte. Dies war sowohl bei seniler wie bei vorzeitiger Arteriosklerose in der Tat der Fall. Verf. hat niemals die geringsten Nachteile davon gesehen, weder bei vorübergehendem noch bei länger fortgesetztem Gebrauch. Allerdings wurde die in 2 Tabletten vorgesehene Gabe (= 0,3 Natr. diaethylbarbitur.) nicht überschritten. Wenn man es nicht mit allzu schweren Fällen von Schlaflosigkeit zu tun hat, genügt sie aber vollkommen. Aus dem Gesagten geht hervor, daß die seinerzeit von Verf. angegebene Arzneimischung sich nicht nur als Hypnotikum, sondern auch als breiter Verwendung fähiges Sedativum bewährte.

(Ther. Mh. 1919 Nr. 11.)

Sparteinum sulfuricum — schreibt Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) — ist ein wertvolles Analeptikum, das gleiche, oft bessere Wirkung hat als zehnfach größere Gabe von Koffeindoppelsalz. Den als Analeptikum bei Herzschwäche allzu hoch-

geschätzten Kampfer übertrifft es bei weitem. — Beste Form: 0,02 g Spartein. sulfur. in 1 ccm Aq. dest., subkutan oder intramuskulär, schmerzlos, reizlos; je nach Bedarf 1—3 Injektionen am Tage. — Mit genannter Dosis versehen liefern mehrere Fabriken sterilisierte Ampullen (z. B. Fabr. pharmaz. Präp. K. Engelhard, Frankfurt a. M.). — Bei chronischer Herzmuskelschwäche, wo man langdauernden Gebrauch kleiner Digitalismengen für ratsam hält, und wo der Puls dauernd beschleunigt ist, kann Spart. sulfur. zeitweilig an die Stelle von Digitalis treten:

Rp. Spartein. sulfur. 0,1 (bis 0,15)

Kal. bromat. 6,0

Aq. amygd. amar. 6,0

Aq. dest. ad. 200,0

DS. 2—3 \times täglich 1 Eßlöffel.

Auch bei hyperthyreotischer Herzschlagvermehrung bewährt sich dies öfters recht gut, freilich ist kein Verlaß darauf.

(Ther. Halbmhft. 1920 Nr. 1.)

Die künstliche Sterilisation der Frau bei Herzleiden ist nach Prof. G. Winter in Königsberg i. Pr. indiziert:

1. bei Mitralstenosen, wenn in einer früheren Schwangerschaft eine schwere Kompensationsstörung aufgetreten war;

2. bei allen übrigen Herzfehlern, trotzdem sie in früheren Schwangerschaften Kompensationsstörungen bis zur Lebensgefahr gezeigt haben, nur dann

a) wenn sie nicht auf zufällig einwirkende exogene Einflüsse zurückzuführen sind;

b) wenn keine Gelegenheit zur Kräftigung des Herzens in der Schwangerschaftspause gegeben war, und

c) wenn in späteren Schwangerschaften dem Herzen nicht die nötige Ruhe und Schonung gegeben werden kann;

3. wenn extrakardiale Zustände dauernd den Zustand ungünstig beeinflussen;

4. bei Herzmuskelerkrankungen, welche auch nur einmal Kompensationsstörungen gemacht haben.

(D. m. W. 1920 Nr. 1.)

Behandlung der Koliinfektion der Harnwege mit Mutaflor. Von Dr. Fritz Rörig, Bad Wildungen. Bakteriologisch sichergestellte Fälle von Kolipyelitis und Zystitis ließ Verf. Mutaflor nehmen, meistens 1 Kapsel pro Tag, nur ausnahmsweise 2, ließ wie gewöhnlich Mineralwasser trinken und baden, vermied meistens eine andere Therapie. Der Erfolg, der sonst bei Koliinfektion auf sich warten läßt, stellte sich fast stets schon nach 3—4 Tagen

ein; vorher völlig trüber, stinkender, in kurzem das ganze Zimmer verpestender Harn klärte sich in überraschendster Weise, wie man es sonst nur nach Urotropinpräparaten bei alkalischen und ammoniakalischen Urinen gewohnt war. Beschwerden, sofern sie vorhanden waren, besserten sich in gleicher Weise. Der Erfolg hielt an, solange Verf. die Kranken hier beobachten konnte. Ein 3 Monate und ein 1 Jahr alter Fall bewiesen durch bakteriologischen Befund, daß der Erfolg ein dauernder. Man kann also das Mutaflor bei Koliinfektion der Harnwege empfehlen, dies um so mehr, als unangenehme Folgen irgendwelcher Art nicht zur Kenntnis kamen. (M. m. W. 1919 Nr. 50.)

Ueber Wirksamkeit der verschiedenen wäßrigen Auszüge der Digitalis purpurea. Von Dr. Rösler (Mediz. Klinik Graz). Als am meisten auffallendes Ergebnis der Versuche muß die gute diuretische Wirkung der wäßrigen Auszüge der Digitalis purpurea im allgemeinen und das Ueberwiegen der Mazeration und des Mazeroinfuses *) gegenüber dem gewöhnlichen Infus im besonderen hervorgehoben werden. Die glänzende diuretische Wirkung der Digitalis purpurea bei kardialen Oedemen muß ganz allgemein betont und in Verf.s Fällen besonders auch deshalb hoch bewertet werden, weil er weder mit Theophyllin. pur., Theocin. natr. acet., Coff. natr. bezoic., noch mit Urea pura eine auch nur annähernde hohe Steigerung der Diurese erzielen konnte, ja selbst mit 3 g Diuretin pro die durch mehrere Tage stieg selbe kaum auf 1000 ccm. (Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 12.)

Diuretika. Von diuretischen Mitteln tauchte im Kriege neu das Theacylon auf, jedoch fanden auch ältere Mittel, wie Harnstoff, Bulbus Scillae usw., wieder Beachtung.

Theacylon.

Theacylon ist eine einheitliche chemische Verbindung von der Zusammensetzung $C_{16}H_{14}O_5N_4$, Azetylsalizyltheobromin. Weißes, in Wasser, Alkohol und verdünnten Säuren nur wenig lösliches, geschmackloses Pulver. Im Magensaft erweist sich Theacylon als beständig und ätzt daher die Magenschleimhaut nicht. Im alkalischen Darmsaft wird es in Theobromin und Natriumsalizylat gespalten. Neben der Steigerung der Flüssigkeitsausfuhr wird auch die Ausscheidung der festen Substanz erhöht, insbesondere steigt die Menge des Kochsalzes. Oft geht damit eine Herabsetzung des Blutdrucks einher. Auch ohne Digitalis kann nach Theacylon

*) 24 stündige Mazeration mit Zusatz des erkalteten Infuses der bereits mazerierten (0,5 g) Digitalisblätter.

Besserung der Pulsqualität durch Erweiterung der Koronargefäße und bessere Durchblutung des Herzens eintreten. Die diuretische Wirkung des Theacylons bei Herz- und Nierenerkrankungen ist eine recht intensive. Sonstige Indikationen zu seinem Gebrauch sind Koronarsklerose, Angina pectoris, Asthma cardiale und pleuritische Exsudate. Da es den meisten Theobrominpräparaten (vielleicht mit Ausnahme des Theocins) an Wirkung überlegen ist, kann die Harnflut eine recht erhebliche sein. So wurden in einem Falle in 15 Tagen 58 l Harn ausgeschieden. Die Wirkung überdauert die Zufuhr oft noch um mehrere Tage. Bei Nierenerkrankungen, besonders bei chronischer Nephritis, hat sich die harn-treibende Wirkung des Theacylons ebenfalls gut bewährt. Bei Hydrops infolge von Hepatitis interstitialis und Amyloiddegeneration der Nieren erweist es sich als unwirksam. Auch kann es, wie alle Diuretica, in vereinzelten seltenen Fällen versagen. Während in vielen Fällen von einem günstigen Einfluß auf die Eiweißausscheidung berichtet wird, kann vereinzelt Albuminurie auftreten (daher genaue Harnkontrolle!). Von sonstigen Nebenwirkungen zeigen sich vereinzelt Oppressionsgefühl, Kopfschmerz, Speichelfluß, Nasenbluten, Erytheme, Uebelkeit und Erbrechen; gegen die beiden letztgenannten Erscheinungen bewährt sich die Darreichung von etwas Salzsäure. Dosierung: Bei richtiger Dosierung sind Mißerfolge selten. Man gibt 0,2 bis 0,5 2—3- bis 5 mal täglich in Pulver oder Tabletten. Nach dem Eintritt genügender Diurese geht man auf etwa die Hälfte herunter. In Verbindung mit Digitalis etwa:

Rp. Theacylon. 0,4, Fol. Digital. pulv. titr. 0,1 M. f. Pulv. Dent. tal. Dos. X. — D. S. 3—4 mal täglich ein Pulver.

In Tabletten à 0,5 Originalpackung zu 20 und (für Krankenanstalten) 200 Stück. Fabrikant: E. Merck, Darmstadt:

Jod-Diuretal.

Jod-Diuretal ist eine Kombination von Theobromin und Jodkalium. Entsprechend seiner Zusammensetzung wird das Präparat bei kardialem Asthma, Angina pectoris, Arteriosklerose (auch bei Herzneurosen auf arteriosklerotischer Basis) angewandt und überhaupt überall dort, wo eine gleichzeitige Theobromin- und Jodbehandlung angezeigt ist. Die Wirkung äußert sich in Nachlassen der Schmerzen und anderer Beschwerden. Nebenwirkungen scheinen kaum vorzukommen. Anwendung: In Tabletten, von denen jede 0,5 Theobromin und 0,2 Jodkalium enthält. Man gibt in der Regel 3—4 mal täglich eine halbe Tablette. In schwereren Fällen kann man eine Tablette verabreichen, während man in leichteren Fällen mit einer 2 mal täglichen Darreichung von einer

halben Tablette auskommt. Am besten nimmt man die Tabletten in Oblaten. Originalpackung: Röhrchen mit 20 Tabletten. Fabrikant: Knoll & Co., Ludwigshafen. Bei Untersuchungen über die Wirkung der Diuretika der Purinreihe auf den Stoffwechsel zwischen Blut und Geweben konnte festgestellt werden, daß Theophyllin eine Wirkung auf den Gewebsaustausch besitzt, die sich in einer absoluten Verminderung des Wassergehaltes des Blutes und in einer noch darüber hinausgehenden, prozentualen Verminderung der Kochsalzkonzentration des Blutes ausdrückt. Dadurch erklärt sich die Tatsache, daß in der Theophyllindiurese (überhaupt der Purinkörperdiurese) dem ausgesprochenen polyurischen Anfangsstadium ein ausgesprochen oligurisches Spätstadium folgt, bezw. daß vermehrte Purinkörperinjektionen die Diurese hemmen, sogar zum Stillstand bringen können. — Ein weiteres Diuretikum, das bereits früher Verwendung fand, dessen Wirksamkeit aber unlängst wieder erprobt wurde, ist der

Harnstoff.

Dieses leicht lösliche, schwach salzig schmeckende Präparat kann ohne Schaden in hohen Dosen: 4—5 mal täglich 20 g in der doppelten Flüssigkeitsmenge gegeben werden. Die Wirkung gleicht der der Nitrate oder Azetate. Verwendung findet die diuretische Kraft des Harnstoffs bei allen Arten von Herz-, Leber- und Nierenkrankheiten. Nur bei ausgesprochener Niereninsuffizienz soll Harnstoff, da hierbei schädlich wirkend, vermieden werden. Die Harnstoffdiurese äußert sich darin, daß nicht nur Wasser, sondern auch Kochsalz ausgeschwemmt wird. Neuere Untersuchungen haben sich mit der bekannten diuretischen Wirkung von

Kochsalz

befaßt. Bei Nierenkranken wirken oft Gaben von 10 g stark diuretisch, ohne daß Schädigungen auftreten; die Ausscheidung erfolgt meist schnell und sie kann quantitativ sogar höher sein, als der Einfuhr entspricht. Diese Ueberschußreaktion ist besonders zur Zeit des Verschwindens der Oedeme deutlich zu bemerken. Schädlich ist Kochsalz nur dann, wenn es eine Salzretention bewirkt. (Diese ist — und ohne Analyse — am Sinken der Harnmenge und an der absoluten und relativen Abnahme des spezifischen Gewichts zu erkennen.) — Ein altes, zu Unrecht vergessenes Diuretikum und Kardiakum,

Bulbus Scillae,

ist neuerdings wieder zu Ehren gekommen. Bulbus Scillae, die Zwiebelblätter der Meerzwiebel, wirkt nicht nur diuretisch, sondern auch kardiotonisch. Zum Unterschied von der Digitalis wirkt sie

diastolisch und bewährt sich infolgedessen dort, wo eine Herzinsuffizienz bei ausreichender Systole mit unzureichender diastolischer Erweiterungsfähigkeit vorliegt. Im allgemeinen ist Scilla frei von Nebenwirkungen und eignet sich, da sie keine kumulativen Wirkungen besitzt, zur intermittierenden und fortgesetzten Behandlung. Als Einzelgabe dient in der Regel 0,2—0,3.

Rp. Bulb. Scill. pulv. 3,0, Fol. Digital. pulv. titr. 1,2. Mass. Pil. qu. s. ut fiant Pil. Nr. XXX. — D. S. 3 mal täglich 2 bis 3 Pillen.
(M. Kl. 1919 Nr. 41.)

Zur Behandlung der Grippe. Von F. Kraus (Berlin). „Wir sehen die Fälle gewöhnlich nicht im eigentlichen Initial-, sondern ganz gewöhnlich im Fieberstadium dann, wenn gegebenenfalls erst Seitenstechen, aber noch keine perkussorischen Symptome von Bronchopneumonie da sind. Da geben wir regelmäßig Eukupin und Grippeserum. Es sollte dafür gesorgt werden, daß genug Eukupin für diese Zwecke da ist. Was die Gefahr für die Augen betrifft, wenn dieses Mittel sehr vielen Patienten verabfolgt wird, so ist natürlich größte Vorsicht geboten. 1,2 g pro die, 3 g im ganzen. Wollte man im Hinblick auf die angedeutete Möglichkeit das Eukupin perhorreszieren, dürfte man wohl auch auf Chinin bei anderen Krankheiten verzichten müssen. Das Serum ist besonders gegen die Streptokokkenkomponente des Infekts gerichtet. Besonders bei nachweislicher Influenzapneumonie ist ferner noch angezeigt Elektrokollargol oder Argoflavin (intravenös). Wir können durchaus keine statistischen Beweise für die absolute Wirksamkeit dieser nach Maßgabe des individuellen Falles zu kombinierenden Therapie erbringen, wir haben bloß den Eindruck, daß sie nützlich ist. Aber bei der beträchtlichen Mortalität der Fälle mit Pneumonie sollte man doch nicht exspektativ sich verhalten oder bloß symptomatisch vorgehen. In letzterer Hinsicht wird in der Praxis viel zu viel und oft zu früh Digitalis gereicht. Immer wieder höre ich bei Konsultationen: Digalen habe ich schon gegeben. Natürlich ist von Anfang an dem Kreislauf die aufmerksamste Beachtung zu schenken. Die Erfassung des richtigen Zeitpunktes für die Digitalistherapie muß aber individuell geschehen. Es kann kaum genug betont werden, daß die Kreislaufsschwäche nicht bloß durch Versagen der Vasomotoren zustande kommt. Wesentlich spielt das mit, was man ‚Vagotonie‘ nennt. Man vergesse daher nicht, wo es nötig ist, Atropin (subkutan) zu geben, besonders vor bzw. mit Digitalis bei solchen Individuen. Man erwäge ferner immer, ob nicht Koffein subkutan vorzuziehen ist! Schematisch in den ersten 2 Tagen Digitalis, später Koffein zu geben, ist unstatthaft. Für intravenöse Digitalisbehandlung eignet sich das

Digipuratum solubile. Von Expektorantien kommt Kampfer in großen Dosen subkutan in Betracht. Aderlässe fanden wir (gegen die Zyanose und Dyspnoe) nutzlos.“ (D. m. W. 1920 Nr. 9.)

Dionin in der Laryngo-Rhinologie. Von Dozent Dr. Karl Kofler (Aus der Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien). Der Nihilismus in der Therapie des frischen Schnupfens wird dadurch genährt, daß Insufflationen, Aufschnupfen, Einträufelungen, Bepinselungen, Inhalationen, Nasenspülungen, Nasenduschen, Spray, Wattetampons und die Salbenbehandlung als Fremdkörper störend empfunden werden, oft Jucken, Brennen, Druckgefühl hervorrufen, zu Komplikationen Anlaß geben können und nur vorübergehende Erleichterung gewähren, außerdem sind die mit der Anwendung verbundenen Manipulationen derartig unbequem, daß sich die Kranken nur ungern der Behandlung unterziehen, bezw. selbst die Applikation vornehmen. Das intern verabfolgte Dionin hebt uns über diese Bedenken hinweg und gestattet meistens eine glatte Heilung der Rhinitis catarrhalis acuta. Auffallend ist die rasche Beeinflussung der Krankheitserscheinungen, die beinahe sofortige Aenderung der nasalen Affektionen und die damit verbundene Besserung der Luftpassage, das Schwinden des lästigen Ausflusses aus Nase und Konjunktiva sowie die Herabsetzung der Entzündung und der Blutfüllung der Nasenmukosa. Die exsudationshemmende Wirkung des Dionins ist nicht vorübergehend, sondern anhaltend und gestattet eine kontinuierliche Entleerung des Sekrets, wodurch eine andauernde Erleichterung geschaffen wird. Wird das Dionin bei dem Frühsymptom des Schnupfens, Juckreiz in der Nase, genommen, so läßt sich fast regelmäßig der Ausbruch desselben verhindern. Das Dionin hat, bei Schnupfen verwendet, 3 Vorzüge, die besondere Beachtung verdienen: die bedeutende Abkürzung des Heilverlaufes, die Vermeidung von Nebenwirkungen und Komplikationen und die einfache Handhabung. (W. m. W. 1920 Nr. 6.)

Ueber Erfahrungen mit Hexal. Von Dr. Schneller (Dresden). Verf. hat das Hexal bei akuter und chronischer Zystitis und Pyelitis angewandt und hat täglich 3—4 mal 1 g = 2 Tabletten à 0,5 g der Originalpackung nach den Mahlzeiten verabreicht. Beim Nachlassen der grössten Erscheinungen ging er dann allmählich bis auf 3 mal 0,5 g zurück, welche Dosis er einige Tage beibehielt. Nach Mitteilungen in der Literatur kann bis zu 6 mal 1 g gegeben werden, doch kam Verf. mit 4 mal 1 g stets aus. Er ließ das Hexal in Wasser vollständig lösen, was bei der guten Wasserlöslichkeit desselben sehr leicht gelingt, und bei empfindlichen

Kranken etwas Zucker zugeben. In diesem Zustande wurde es von den Kranken wegen seines säuerlichen, nicht unangenehmen Geschmacks sehr gern genommen. Am auffallendsten war die rasche sedative Wirkung des Präparats, die natürlich von den Kranken besonders angenehm empfunden wurde. Schon 1—2 Stunden nach Einnahme der Tabletten schwanden die hauptsächlichsten Schmerzen, und die bei Zystitis so quälenden Tenesmen ließen nach, was mit der raschen Ausscheidung der Präparatkomponenten, die sich nach Ablauf von 1 bis 2 Stunden im Urin nachweisen ließen, in Einklang gebracht werden kann. Im Laufe der nächsten Tage gingen der Harndrang und die Beschwerden auf ein Minimum zurück, und auch der erst dick mit Schleim und Eiter versetzte Urin hellte sich auf, wurde durchsichtig und schließlich klar. Die erst positive Eiweißreaktion wurde in kurzer Zeit negativ, und die in manchen Fällen alkalische Reaktion des Harns schlug bald nach Beginn der Hexalanordnung in saure um. Mikroskopisch war ein auffallend rasches Zurückgehen der Leukozyten im Sediment zu konstatieren. Während im ersten Präparat das ganze Gesichtsfeld mit dicht aneinander und übereinander liegenden Zellen erfüllt war, konnte man schon nach wenigen Tagen eine so starke Abnahme konstatieren, daß im Gesichtsfeld nur mäßig viele Zellen zu sehen waren. Nebenerscheinungen irgendwelcher Art hat Verf., selbst bei lange dauernder Verabreichung von Hexal, nicht beobachtet, desgleichen kein Nachlassen der Wirkung. Von dem in der Literatur öfter erwähnten Anstieg der Harnmenge nach Hexalverabreichung konnte er sich nicht mit Sicherheit überzeugen, da bei der ambulanten Verabreichung des Mittels nur ungenaue Angaben von seiten der Patienten zu ermitteln waren. (M. Kl. 1920 Nr. 3.)

Ueber intravenöse Strophanthintherapie. Von Hans Roderburg (Aus der inneren Abteilung des St. Marienhospitals zu Mülheim-Ruhr).

Zusammenfassung.

Die intravenöse Strophanthintherapie ist angezeigt bei der akuten, subakuten und chronischen Form der Herzinsuffizienz leichten Grades, gleichviel welcher Entstehungsweise (Vitium, Myokarditis, Hypertonie), eignet sich aber nicht zur Bekämpfung der im Gefolge akuter Infektionskrankheiten auftretenden Kreislaufsschwäche.

An Wirksamkeit ist sie der Per os- und intravenösen Digitalistherapie entschieden überlegen, was besonders bei den Fällen vom Typus der hepatischen Stauung zum Ausdruck kommt.

Die Injektionen sind absolut unschädlich und gefahrlos, auch bei exzessiver Blutdrucksteigerung, selbst bei den Endstadien der

chronischen Nephritis. Im Gegenteil, die eine Nephritis komplizierende, meist sehr schwere Herzinsuffizienz ist gerade durch intravenöse Strophanthinapplikation noch am ehesten beeinflussbar.

Die technisch nicht schwierige und ohne Assistenz durchführbare Strophanthintherapie sollte auch außerhalb des Krankenhauses in der Praxis entsprechend ihrem großen Indikationsgebiet in umfangreichem Maße von allen Aerzten betrieben werden.

Was die Dosierung anbelangt, so hat Verf. sich an die Vorschriften Fraenkels gehalten und als Anfangsdosis nicht über 0,5 mg, oft sogar nur 0,3—0,4, als Höchstdosis 0,75—1,0 mg injiziert und zwischen den einzelnen Injektionen einen Zwischenraum von mindestens 24 Stunden, meist sogar von 2—3—5 Tagen gelassen. (M. m. W. 1920 Nr. 6.)

Klinische Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkuloseheilmittel bei Kindern mit chirurgischer Tuberkulose. Von Dr. Luise und Otto Bossert (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Breslau). „Zusammenfassend lauten unsere Erfahrungen so, daß wir die Möglichkeit einer günstigen Beeinflussung chirurgischer Tuberkulosen durch das Friedmannsche Tuberkuloseheilmittel nicht in Abrede stellen wollen, daß wir jedoch andererseits oftmals einen unerwünschten Krankheitsverlauf, ja sogar Schädigungen bei dieser Behandlungsart gesehen haben. Aus diesem Grunde erhebt sich die berechtigte Frage, ob sich eine Ueberlegenheit der Friedmannschen Behandlung über die üblichen Methoden auf dem Gebiete der chirurgischen Tuberkulose wird zeigen lassen. Dürfen wir durch sie eine raschere Heilung der Krankheitsherde erwarten? Wir müssen diese Frage verneinen, da wir selbst bei unseren günstigen Fällen erst nach 2—3 Monaten einen sichtbaren Erfolg haben verzeichnen können. In diesem Zeitraum haben wir auch bei Licht- und Röntgenbehandlung, erst recht bei Sonnenbestrahlung gleichartige Prozesse ausheilen sehen. Weiterhin ist wichtig zu wissen, ob nach der Friedmannschen Vakzinebehandlung derartige Veränderungen im Organismus vor sich gehen, daß die Erkrankung als solche ausgeheilt und nicht nur deren sinnfällige Merkmale verschwunden sind. Dazu ist zu bemerken, daß wir für die Auffassung einer völligen Heilung nicht leicht eine Stütze beibringen können, weil wir oftmals gesehen haben, daß ganz unvermutet, selbst längere Zeit nach der Injektion, neue Herde bei den Patienten sich entwickeln und ihr Allgemeinbefinden keineswegs gebessert ist. In diesem Punkt können wir also keinen Vorteil in der Behandlungsweise erblicken gegenüber der Bestrahlungs- und namentlich der Sonnentherapie, zumal bei letzterer nach unsern eigenen Erfahrungen und nach der vieler anderer,

selbst in bescheidenen Walderholungsstätten ohne die klimatischen Vorzüge des Hochgebirges, neben der Ausheilung sichtbarer Herde die nachhaltige günstige Wirkung auf den von der Krankheit ergriffenen Körper meist nicht ausbleibt. Endlich dürfte auch in kosmetischer Beziehung zu betonen sein, daß die Art der Ausheilung nicht ganz unwichtig ist. Einschmelzungen ohne Durchbruch, wie sie nach dem Urteil erfahrener Lichttherapeuten bei einem Material wie dem unsrigen häufig sind, haben wir nur ausnahmsweise beobachten können. Und so schließen wir mit der Behauptung, daß wir auf die Friedmannsche Behandlung der chirurgischen Tuberkulosen jedenfalls verzichten können, weil wir den Eindruck bekommen haben, daß diese Behandlungsart der Licht- und Sonnenbestrahlung den wohlverdienten Vorrang nicht streitig zu machen vermag.“
(D. m. W. 1920 Nr. 2.)

Ueber Chinidin bei Vorhofflimmern schreibt Prof. Dr. F. Klewitz (Aus der Medizinischen Klinik der Universität in Königsberg i. Pr.): „Ueber Chinidin bei Vorhofflimmern liegen aus letzter Zeit günstige Berichte vor. An größerem Material hat vor allem W. Frey das Mittel ausprobiert und in einer Reihe von Fällen gute, wenn auch zum Teil nur vorübergehende Erfolge erzielt. Auch v. Bergmanns Erfahrungen lauten günstig; es gelang ihm, in 6 von 9 Fällen das Flimmern zu beseitigen und zum Teil bedrohliche Stauungserscheinungen ohne gleichzeitige Digitalisverabreichung zum Verschwinden zu bringen. Es wäre natürlich von großer Bedeutung, wenn wir im Chinidin ein auch nur einigermaßen zuverlässiges Mittel zur Beseitigung des für den Kreislauf so schädlichen Vorhofflimmerns besäßen; denn ein solches Mittel besitzen wir zurzeit noch nicht. Aber leider müssen wir auf Grund unserer Erfahrungen davor warnen, die Hoffnungen in dieser Beziehung zu hoch zu schrauben. Wir verfügen über eine Beobachtungszahl von 15 Fällen; 13 von diesen wurden mit Chinidin, 2 mit Chinin behandelt. 8 dieser 15 Fälle waren in dekompensiertem Zustand, bei den übrigen 7 waren Stauungserscheinungen nicht nachweisbar; einige dieser letzteren Patienten hatten die Klinik wegen anderer Leiden aufgesucht, das Vorhofflimmern bildete einen Nebenfund. In 8 Fällen bildete das Grundleiden ein alter Mitralklappenfehler, auf die übrigen 7 verteilen sich verschiedene, meist muskuläre Herzerkrankungen. Die Art der Verabreichung war folgende: In der Mehrzahl der Fälle wurde täglich 0,8—1 g Chinidin in 4—5 Einzeldosen von 0,2 gegeben. In letzter Zeit gaben wir täglich 1,2 g in 3 Einzeldosen von 0,4. In vereinzelt Fällen wurden auf diese Weise 8 g Chinidin in aufeinanderfolgenden Tagen verabreicht, meist aber setzten wir das Medikament ab, wenn

nach 3—4 Tagen ein Erfolg nicht nachweisbar war. Alle Fälle wurden elektrokardiographisch kontrolliert. Bei den 15 von uns mit Chinin bzw. Chinidin behandelten Fällen haben wir nur 1 mal einen nachhaltigen Erfolg erzielt. Es handelte sich hier um ein junges Mädchen mit frischer Endokarditis. Die Patientin fieberte noch leicht, Stauungserscheinungen bestanden nicht. Nach 3 tägiger Verabreichung von 4 mal 0,2 g Chinidin war das Flimmern verschwunden. Die Patientin wurde geheilt, die normale Herzschlagfolge blieb anscheinend dauernd bestehen. Bei den übrigen 14 Fällen gelang es uns hingegen nicht, das Flimmern auch nur vorübergehend zu beseitigen. 4 mal war eine Chinidinwirkung allerdings insofern ersichtlich, als der Puls ruhiger und regelmäßiger wurde; auch gaben einige Patienten an, „das Herz sei ruhiger geworden“; bei einem dieser Fälle ging unter Chinidin Vorhofflattern in Flimmern über. Auf die Stauungserscheinungen hatte das Chinidin keinerlei Einfluß; wir sahen uns infolgedessen genötigt, bei den schwerer dekompensierten Fällen gleichzeitig Digitalis in irgendeiner Form zu verabreichen. In der Mehrzahl der Fälle wurde das Chinidin gut vertragen, in einem Falle auch, wo Chinin Ohrensausen und ‚Herzunruhe‘ verursachte. Immerhin verfügen wir über 2 Beobachtungen, bei denen Chinidin auf den Kreislauf einen ungünstigen Einfluß ausübte; in beiden Fällen wurden unter Chinidinverabreichung die schon vorher vorhandenen Zeichen der Herzschwäche stärker, die Dekompensationserscheinungen nahmen zu; nach Aussetzen des Medikaments erholte sich das Herz wieder; in einem 3. Fall war der Zusammenhang zwischen Chinidinverabreichung und Verschlimmerung der Kreislaufschwäche nicht ganz sicher. Das Chinidin ist also kein indifferentes Mittel; man darf nicht vergessen, daß im Tierversuch Chinin neben einer negativ chronotropen auch eine negativ inotrope Wirkung auf den Herzmuskel hat; man wird beim menschlichen Herzen in dieser Beziehung mit individuellen Schwankungen rechnen müssen, die möglicherweise abhängig sind von dem jeweiligen anatomischen Zustand des Herzmuskels. Der Vorschlag v. Bergmanns, mit einer probatorischen Verabreichung einer kleinen Chinidindosis die Kur zu beginnen, dürfte demnach empfehlenswert sein. In einigen Fällen, bei denen die Chinidinmedikation keinerlei Erfolg hatte, sahen wir von einer kombinierten Chinin-Digitalismedikation einen guten Effekt. Bei über längere Zeit fortgesetzter Verabreichung besserte sich die Herzkraft erheblich, und es wurde ein Erfolg erzielt, der durch Digitalisgaben allein nicht erreicht werden konnte; das Vorhofflimmern wurde allerdings nicht beseitigt. Es wird darauf ankommen, festzustellen, in welchen Fällen von Vorhofflimmern ein Erfolg vom Chinidin zu erwarten ist; möglicherweise ist die Dauer

des Bestehens der Rhythmusstörung von Bedeutung. Vielleicht wird sich bei wachsender Erfahrung die Indikationsstellung zur Chiniditherapie genauer präzisieren lassen. Vorläufig wird man mit einem sehr unsicheren Erfolge des Chinidins rechnen müssen“.
(D. m. W. 1920 Nr. 1.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Beeinflussung des Wachstums der Horngebilde, besonders der Haare, sah Geh.-Rat Prof. Dr. N. Zuntz (Berlin) durch spezifische Ernährung, welche die typische gewöhnliche Ernährung, die nicht ausreichend ist, durch Zuführung von Sondernährstoffen — hydrolysierte Hornsubstanzen — ergänzte. Experimente bei Schafen ergaben eine wesentliche Aenderung in der Beschaffenheit des Wollhaares, namentlich Zunahme des Querschnittes. Auch bei Menschen wurde der Haarwuchs intensiv befördert und bei Haar-ausfall deutlicher Erfolg erzielt. Die Firma Fattinger & Co., Berlin, Dorotheenstr. 35, stellt das „Humagsolan“ her.

(D. m. W. 1920 Nr. 6.)

Meine Behandlung der Trichophytia und Sycosis barbae.
Von Dr. J. Wetterer in Mannheim. Auf Grund ausgedehnter Erfahrungen auf dem Gebiete der Rasiererkrankungen, die sich auf mehr als 10 000 Fälle erstrecken, möchte Verf. versuchen, die Behandlung dieser Erkrankungen in ein knappes Schema zu fassen. Wie er vorwegnehmend bemerkt, sind die Ergebnisse bei Befolgung der nachstehend aufgeführten Prinzipien bei Rasiererkrankungen aller Formen und Stadien vorzüglich, in etwa 98 % der Fälle führt die Behandlung sicher zum Ziele.

1. Bei frischen Fällen von Herpes tonsurans hat Verf. durch zwei-, höchstens dreimalige leichte Betupfung des Herdes mit Karbolsäure stets glatte Abheilung der Affektion ohne Rezidive gesehen. Hierbei wird folgendermaßen vorgegangen: Der Patient läßt sich rasieren, darauf betupft er die erkrankten Stellen mit heißem Wasser und sodann mit 2 % igem beta-Naphtholspiritus. Dieser Vorbehandlung folgt die Betupfung der Herde mit Acid. carbol. liquefact. von seiten des Arztes. Jeder Herd wird mittels eines mit Watte bewickelten Holzstäbchens vollständig und über den Rand hinaus damit bestrichen. Er erscheint darauf wie mit Reif bedeckt. Der dünne weiße Aetzschorf trocknet rasch ein und bleibt 2 Tage unberührt liegen. Nach dieser Zeit wird rasiert, und zwar nimmt der Patient zuerst die gesunden, am Schlusse erst die kranken Stellen vor. Es folgt nun wiederum eine Betupfung des Herdes mit Karbolsäure, worauf man den Schorf eintrocknen

läßt; dann wird er mit der bekannten Lassarschen roten Zinnober-salbe, der Verf. etwas Trypaflavin 2% zusetzen läßt, bestrichen und so langsam zur Ablösung gebracht. Die rote Tryp.-Salbe wird eine Woche lang zur Nachanwendung beibehalten. Morgens erfolgt eine Betupfung der kranken Stellen mit heißem Wasser und darauf mit beta-Naphtholspiritus. Während dieser zweiten Hälfte der Behandlung lasse man täglich rasieren. Nach Umfluß dieser Zeit ist die Trichophytie in der Regel beseitigt. Serum-, Licht- oder irgend eine andere Behandlung erübrigt sich daher. Bei Kerion Celsi können wir nicht radikal genug vorgehen: Unter Lokalanästhesie wird der ganze Herd kurettiert. Darauf die Ränder und der Herd selbst mit Acid. carbol. liquefact. zart bestrichen und dann trocken behandelt. Nach einigen Tagen geht Verf. nach Wiederholung der Aetzung mit Karbol ebenfalls zu der genannten Tryp.-Salbe über. Außerdem wird unmittelbar nach dem Kurette-ment die betreffende Stelle einer einmaligen stark filtrierten Röntgenbestrahlung unterzogen, deren Dosis 10 H pro loco betragen soll.

2. Bei impetiginösen Formen empfiehlt sich ebenfalls die 1—2malige Anwendung der Karbolsäure mit nachfolgender Auflage einer 5%igen roten Karbol-Trypaflavinsalbe.

3. Ist es aber bereits zu ausgedehnter Bildung des Kreises oder der Girlande gekommen, so genügt die Karbolbehandlung nicht mehr. Hier wird nun mit Vorteil das ultraviolette Licht (Hg-Lampe-Kontaktbestrahlung der Finsenlampe) angewandt und als Nachbehandlung eine Schälkur mittels der desinfizierenden Antisykontinktur, die Verf. besonders schätzen gelernt hat.

4. Bei eitrigen Follikulitiden, tieferen, derberen Infiltraten und Knoten kommt das souveräne Mittel, die Röntgenbestrahlung in Anwendung, jedoch nur in Form der sehr harten Strahlung, wie Verf. sie schon vor einer Reihe von Jahren bei der Sykosis zuerst empfahl. Meist genügen 2, durch eine 3wöchige Pause getrennte Sitzungen zur Herbeiführung eines vollen Erfolges. Sehr harte Strahlung, Schwermetallfilter 10,5 Zink oder Kupfer, mit 2—3 mm starkem Aluminiumschutzfilter, Dosis 10—12 H pro Einzel-feld, überkreuzte Bestrahlung ohne Abdeckung der Nachbarfelder. Keinesfalls darf die Schutzabdeckung innerhalb der Barthaargrenze gelegt werden, da es sonst zu häßlicher Demarkation der geschützten Felder kommt. Schon die erste Sitzung muß, gleichsam auf Anhieb, das völlige Defluvium aller Barthaare bewirken. Die folgenden dienen nur noch zur Beförderung der Resorption der Infiltrate und der Rückbildung der Knoten. Die Haare wachsen überall da wieder nach, wo nicht der Krankheitsprozeß selbst eine atrophisierende Veränderung des Haarbodens bewirkt hat.

Die Anwendung von Terpentininjektionen, Opsonogen, Leukogen, von Serum, Pinzettenepilation usw. ist bei diesem Verfahren nicht erforderlich; feuchte Umschläge jeder Art, die bei Mischinfektionen für die Erreger infolge der feuchten Wärme geradezu günstigste Wachstumsverhältnisse schaffen, sind zu widerraten. Jedoch ist die unterstützende Wirkung der Elektrolyse eine sehr große. Die Anwendung der Elektrolyse mag alle 14 Tage, solange die Knoten bestehen, zur Anwendung kommen, jeder Knoten wird möglichst von verschiedenen Seiten jeweils $1\frac{1}{2}$ Minute behandelt.

(Derm. Wschr. 1920 Nr. 6.)

Eine neue Behandlungsmethode des Lupus vulgaris. Von Prof. Dr. Leopold Freund in Wien. Die Methode, für die Verf. eintritt, ist eine kombinierte Therapie, doch baut sie sich nicht auf neuen Versuchen und Hypothesen auf, sondern verwendet alte, bewährte Tatsachen. Sie zieht von den vorzüglichen kurativen Chancen und von der Exeditivität der operativen Behandlung ebenso Nutzen wie von der spezifischen Wirkung der Strahlenbehandlung auf lupöses Gewebe; sie sucht jedoch die Nachteile dieser Methoden, insbesondere die Bildung der straffen, derben Narbenbarrieren, welche das Fortschreiten der Krankheit nach der Tiefe zu begünstigen, ebenso zu vermeiden wie die bei der un-kombinierten Röntgenbestrahlung und Phototherapie oft nötige Wiederholung und lange Dauer der Behandlung mit deren unangenehmen Folgen (Atrophie, Teleangiektasien usw.) für das Hautgewebe. Dies läßt sich recht gut erreichen, wenn man den Lupusherd regelrecht radikal exzidiert, dann aber den Defekt nicht näht und auch nicht plastisch deckt, sondern im Anschlusse an die Operation mit Röntgen bestrahlt. Damit ist nicht nur alles Krankhafte möglichst gründlich entfernt und zerstört, sondern auch die Bildung einer dünnen, zarten, kosmetisch vorteilhaften Narbe eingeleitet. Durch die baldige Bestrahlung des operativen Defektes wird verhütet, daß derselbe mit einem Keloid oder einer dicken, derben Narbe verheile. Außerdem sind für eine radikale Zerstörung zurückgebliebener Lupuskeime durch Röntgenstrahlen die günstigsten Bedingungen geschaffen, da das dicke, die Strahlenwirkung schwächende Gewebsfilter des Hautlappens entfernt wurde. Die Behandlung wird sich demnach folgendermaßen gestalten. Wenn sich der Fall für diese Methode überhaupt eignet, d. h. wenn der Erkrankungsherd zirkumskript ist und wenn er nicht auf benachbarte Schleimhäute übergreift, wird nach Reinigung, Jodierung und Lokalanästhesierung des Operationsfeldes der Krankheitsherd 1 cm weit vom Rande des kranken Gewebes im Gesunden mit senkrecht aufgesetzter Schneide des Messers so tief umschnitten,

daß das Skalpell die ganze Haut durchtrennt. Nun wird der umschnittenen Lappen so abpräpariert, daß womöglich alles Krankhafte in der Haut und den darunter befindlichen Gewebsschichten gründlichst entfernt wird. Die Blutung wird durch Kompression, Torsion und nach Bedarf mit Ligaturen gestillt. Nun wird der Defekt mit steriler Gaze gedeckt und verbunden. Nach 1—2 Tagen wird der Verband entfernt und auf die Wunde 1 Erythemdosis Röntgenstrahlen appliziert. (Etwa in Form von an 7—8 aufeinander folgenden Tagen verabfolgten Bestrahlungen von je 6 Minuten Dauer, mit Röhren von 4—5 Benoist oder Bauer Härte, bei einer Sekundärstromstärke von 1 Milliampère, und 20 cm Fokushautdistanz). Der Verband der Wunde wird jetzt mit reinen Vaseline-läppchen bewerkstelligt. Sie bedeckt sich alsbald mit dem bekannten speckigfibrinösen Belag, unter dem die Epithelialisierung vor sich geht. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß die durch die Exstirpation verursachten Hautdefekte bei nachfolgender Röntgenbestrahlung etwas schneller heilen, als dies ohne eine solche der Fall wäre. Verf. hat wenigstens bei den Wunden, die durch Exstirpation kleiner Lupusherde entstanden, diesen Eindruck gewonnen. Uebrigens kommt es bei dieser von Verf. vorgeschlagenen Therapie selbstverständlich nicht auf diesen minimalen Zeitgewinn im Ablauf des Vernarbungsprozesses an, sondern auf den Umstand, daß diese Behandlung radikaler ist als die alleinige Röntgenbestrahlung oder die Kombination irgend einer chemischen Aetzung oder Exkochleation mit nachfolgender Bestrahlung und deswegen die gesamte Krankheitsdauer abgekürzt wird. (D. m. W. 1919 Nr. 50.)

Sirupus Neosalvarsani. Von Dr. W. Patzschke (Aus der Universitäts-Hautklinik des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf).

Neosalvars. 0,3,
Sir. simpl. ad 30,0

wendet Verf. an bei allen feuchten lokalen syphilitischen Erscheinungen und bei Spirillenerkrankungen der Mundhöhle:

1. Beim ulzerierten Primäreffekt, indem er nach oberflächlicher Reinigung des Präputiums einen in den Neosalvarsansirup getauchten Gazestreifen 2 mal täglich in den Sulcus coronarius einlegt. Bei sparsamem Gebrauch genügen dazu jedesmal 1—2 ccm der Siruplösung. Nach 3—4 Tagen sah Verf. in verschiedenen Fällen den Primäraffekt sich reinigen und überhäuten.

2. Bei allen syphilitischen sekundären Erscheinungen

a) an den Genitalien bei Papeln, Plaques und Kondylomen, die oft sehr rasch zusammenfallen. Gerade bei den frischen sekundären Prozessen, wo Verf. erst in der

2. Woche Salvarsan intravenös zu geben pflegt oder aus irgendeinem Grunde ganz von einer intravenösen Applikation abstand, ist eine örtliche Beeinflussung durch Neosalvarsansirup indiziert;

- b) bei allen syphilitischen Erkrankungen des Mundes, sei es bei Erkrankungen der Tonsillen oder der Mundschleimhaut. Verf. läßt hierbei die Patienten an einem mit Neosalvarsansirup getränkten Mullbausch 'saugen oder pinselt wiederholt die erkrankten Stellen ein.

Die örtliche Anwendung des Salvarsansirups erscheint besonders wichtig bei der ambulanten Behandlung von Syphiliskranken, um eine Kontaktinfektion nach Möglichkeit zu vermeiden.

3. Kommt es als örtliche Anwendung weiterhin in Betracht bei allen Spirillenerkrankungen, die auf Salvarsan reagieren, z. B. bei der Plaut-Vincentischen Angina, Zahnfleischerkrankungen sowie bei Noma. So beobachtete Verf. vor einiger Zeit ein Kind, das an einem mehrere Zentimeter langen, schmierig belegten Ulkus an der Innenfläche der stark geschwollenen Oberlippe litt. Mikroskopisch waren Spirillen und fusiforme Stäbchen massenhaft nachweisbar. 24 Stunden nach Einlegen des Salvarsanmulls zwischen Oberkiefer und Oberlippe war das Ulkus gereinigt, nach 3 Tagen geheilt, die Schwellung der Oberlippe geschwunden. Bei einem anderen Falle handelte es sich um einen jungen Mann, der mit einem Rezidiv einer durch Spirillen hervorgerufenen Stomatitis kam und bereits früher mit Salvarsan intravenös behandelt worden war. Der Patient konnte den Mund nicht öffnen, das Zahnfleisch zeigte linsengroße, schmierig belegte Ulzera. Gurgeln oder Pinseln des Mundes war ausgeschlossen. Auch in diesem Falle gab Verf. ein in Neosalvarsansirup getauchtes Stück Mull, an dem er den Patienten saugen ließ, mit sehr gutem Erfolg. Er war nach 3 Tagen beschwerdefrei und wurde am 4. Tage auf Wunsch entlassen.

Der Gedanke, Salvarsanlösungen örtlich anzuwenden, ist natürlich nicht neu, aber infolge der Schwierigkeiten, eine haltbare Lösung herzustellen, ist man von der örtlichen Behandlungsweise syphilitischer Erkrankungen mit Salvarsan immer mehr abgekommen. Dieser Verzicht auf ein so gutes Heilmittel ist aber unnötig. Im Gegenteil, im Sirup. Neosalvarsani hat der praktische Arzt ein ebenso handliches wie wirksames Medikament, welches er bei der jetzigen Hochflut syphilitischer Affektionen täglich bei seinen Patienten mit gutem Erfolg in der Sprechstunde verwerten kann. Ohne die Schmerzhaftigkeit der gebräuchlichen Aetzmittel (Sublimat, Chromsäure, Karbolsäure) zu besitzen, verhilft der Neosalvarsan-

sirup zu einer raschen örtlichen Sterilisierung gerade der ansteckenden Schleimhaut- und Hautgeschwüre. (D. m. W. 1920 Nr. 7.)

Leitungswasser zur intravenösen Neosalvarsaneinspritzung.
Von Dr. J. Katzenstein. Seit einem Jahre benutzt Verf. zur Lösung der intravenösen Injektion des Neosalvarsans angewärmtes Leitungswasser. Als durch Zufall ein Kölbchen, in welchem er das zur Infektion benutzte Wasser zu kochen pflegte, zerbrach, entschloß er sich kurzerhand, gewöhnliches Leitungswasser zu benützen, zumal ja auch Chirurgen in München das Wasser für steril halten und zu heiße Instrumente durch Leitungswasser abkühlen. Verf. hat im Sprechzimmer einen Junkers Heißwasserapparat, so daß er jeden Augenblick angewärmtes Wasser haben kann, saugt mit der Spritze aus dem Wasserstrahl Wasser an, spritzt von diesem in das geöffnete Neosalvarsanfläschchen. Das Neosalvarsan löst sich sofort; andernfalls hält Verf. das Fläschchen einen Augenblick über eine kleine Flamme, so daß das Wasser zum Kochen kommt und das Neosalvarsan zur Lösung bringt. Darauf saugt er den Inhalt des Fläschchens in die vom überflüssigen Wasser entleerte Spritze und injiziert. Wer nicht im Besitze eines Warmwasserapparates ist, lasse kaltes Wasser direkt aus der Wasserleitung in das Fläschchen laufen oder spritze das Wasser mit der Spritze ein, erwärme es durch Erhitzen des Fläschchens über der Flamme. Verf. hat nie eine unangenehme Erfahrung gemacht. Wie weit sich das Leitungswasser an anderen Orten eignet, muß dort entschieden werden. Das Münchener Wasser ist hinreichend steril.
(M. m. W. 1919 Nr. 47.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 14.- ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.**

Verlag von **Leopold Voss in Leipzig.**

29. Jahrgang

Nr. 10.

Juli 1920

Aetiologisches.

Manikürinfektionen. Von Primarius Dr. Herbert Körbl (Wien). Verf. beobachtete in den letzten Jahren zahlreiche schwere, ja lebensbedrohende Infektionen — Panaritien, Phlegmonen, Erysipele usw. —, durch Maniküren entstanden. Der Infektionsmodus des Manikürens war auch die Ursache für das rasche Fortschreiten der Infektion in die Tiefe. Der schwere, bisweilen septische Verlauf, die geradezu unheimliche Progredienz mancher Infektion spräche aber auch dafür, daß es sich bei ihnen um hochpathogene Erreger handeln müsse. Die Untersuchung des Eiters in der letzten Hälfte der Fälle hat nun ergeben, daß es sich nur ausnahmsweise um die gewöhnliche Staphylokokkeninfektion handelte. Die Mehrzahl der Fälle wies ein Bakterien-gemisch, meist mit Vorwiegen der Streptokokken auf, neben denen sich anaerobe Bazillen, *Bacterium coli*, Influenzabazillen, fanden. In 4 Fällen lagen reine Streptokokkeninfektionen vor, zu denen auch die 3 Erysipelfälle zu rechnen sind. Der schwere Krankheitsverlauf mancher Fälle findet somit auch durch die Art seiner Erreger eine Erklärung. So wenig man sich nun wundern würde, wenn diese Infektionen mit hochpathogenen Keimen beim Menschen auftreten, die sich bei ihrer Arbeit mit schmutzigem, bakterienhaltigem Material und Gegenständen abgeben müssen, so sehr erstaunlich ist dieses Auftreten bei Menschen, die sich einer besonderen Körperpflege befleißigen. Wir stehen somit vor der Frage, woher diese die Infektion erzeugenden Bakterien stammen, und wieso sie in die beim Maniküren gesetzten, kleinen Wunden gelangen. Für die Infektion gibt es 2 Möglichkeiten: Die primäre Infektion durch die beim Maniküren benützten Gegenstände und die sekundäre Infektion durch nachträglichen Kontakt mit bakterienführendem Material.

Die sekundäre Infektion mag wohl bisweilen vorkommen, gegen ihre Möglichkeit spricht aber, daß die kleinen Manikürwunden durch die angewandten Salben verschlossen werden, so daß die Bakterien nachträglich nicht hineingelangen können. Der typische Vorgang scheint die primäre Infektion beim Maniküren selbst zu sein. Zur Erhärtung dieser Ansicht mögen folgende Beobachtungen herangezogen werden: Bei mehreren Patienten trat die Infektion auf, nachdem sie ein und dieselben Instrumente zum Maniküren benützt hatten. So stand eine Familie von 4 Personen in Behandlung, bei denen gleichzeitig an verschiedenen Fingern Panaritien entstanden waren. Sie hatten sich alle mit denselben Instrumenten manikürt. Die Beschickung von Nährböden mit den gebrauchten Instrumenten und der angewandten Nagelsalbe brachte eine direkte Bakterienflora zum Aufkeimen. Verf. konnte noch eine zweite derartige Familieninfektion beobachten und auch hier den Beweis der keimtragenden Instrumente erbringen. Die durch das Selbstmaniküren hervorgerufene Infektion scheint aber die seltenere zu sein. Von Verf.s Fällen hatten sich nur neun selbst manikürt. Die Erklärung liegt einerseits darin, daß das Sich-Manikürenlassen das Häufigere ist und daß anderseits die Instrumente, die nur von einem einzelnen oder von einem beschränkten Kreis verwendet werden, nicht in dem Ausmaße mit Bakterien verunreinigt werden können. Fast alle schweren Infektionen sind bei Patienten aufgetreten, die von berufsmäßigen „Manikeusen“ behandelt worden waren. Hierher gehören vor allem die drei Erysipelfälle. Sie betreffen drei Kaufleute, die sich nacheinander beim Hotelfriseur von derselben Person hatten maniküren lassen. Die Impfung mit den Instrumenten war hier negativ, sie waren nach dem Gebrauch angeblich mit Alkohol gereinigt worden. Hingegen ergab die angewandte Nagelsalbe auf dem Nährboden eine Reinkultur von Streptokokken. Bei vier weiteren Gruppen von Infektion mehrerer Personen nach Maniküren in derselben Anstalt war zweimal das Impfresultat der benützten Instrumente ein positives. Bei einer 70jährigen Frau trat eine zweite Infektion an einem anderen Finger auf, kurz nach Ausheilung der ersten Erkrankung. Sie hatte die angegebene Ursache ihrer ersten Infektion nicht glauben wollen und sich wieder von derselben Manikeuse behandeln lassen. Auch hier war das Untersuchungsergebnis ein positives. Nach den gemachten, hier angeführten Beobachtungen erscheint es wohl sicher zu sein, daß die Infektionen beim Maniküren durch die hierbei verwendeten Instrumente und Salben selbst erzeugt werden. Wenn man sieht, mit welcher Sorglosigkeit, mit welcher Außerachtlassung jeder Asepsis und Antisepsis beim Maniküren

vorgegangen wird, ist dies auch ohne weiteres verständlich. Die in Benützung stehenden Instrumente werden entweder gar nicht oder nur flüchtig gereinigt, sehr selten mit desinfizierenden Lösungen, nie ausgekocht. Sie werden auch meist nicht ordentlich aufbewahrt, liegen entweder frei herum oder in einer schmutzigen Samtkassette. In die Salben, in das Puder werden die Instrumente getaucht, nachdem sie vorher mit der Haut in Berührung waren, und so in diese die Bakterien übertragen. Noch mehr sammeln sich die Bazillen auf dem mit einem Stoff (Leder) bespannten Polierer an, der direkt über die Haut gleitet. In größeren Anstalten werden so täglich 10 bis 20 Menschen mit denselben Gegenständen in Behandlung genommen. Bei der Ueberlegung, wie gerade die Hand des Menschen am meisten dem Kontakt mit Bakterien ausgesetzt ist, erscheint so die Infektionsmöglichkeit als eine überaus große. Es ist gar nicht ausgeschlossen, daß auf diesem Wege auch andere Krankheiten, wie Tuberkulose, und vor allem Lues übertragen werden können. Das Maniküren hat in den letzten Jahren überaus zugenommen. Eine ganz beträchtliche Anzahl derartiger Schönheitsinstitute ist entstanden, und bei jedem Friseur wird manikürt. Es besteht demnach die Gefahr, daß durch diese Infektionen eine große Zahl von Menschen in ihrer Gesundheit geschädigt wird. Um dem entgegenzutreten, wäre einerseits durch die Tagespresse auf die Möglichkeit einer Infektion beim Maniküren hinzuweisen, anderseits wäre durch eine behördliche Verordnung jeder mit der Handpflege sich berufsmäßig Befassende unter Strafandrohung zu verhalten, die Instrumente zu desinfizieren und die angewandten Salben vor der Berührung mit der Haut zu bewahren. Dieselben sind mit einem nur hierzu dienenden Instrumente zu entnehmen, welches nicht mit der Haut in Berührung kommen darf. (W. kl. W. 1920 Nr. 6.)

Ein Fall von Gibbus syphiliticus. Von Dr. Adolf Woloshinsky (Riga). Frau M. S., 60 Jahre alt, stellte sich am 1. September 1919 vor. Anamnese: Mit 20 Jahren geheiratet, keine Aborte, drei normale Geburten zur richtigen Zeit mit 21, 24 und 26 Jahren. Das erste Kind bekam mit 2 Jahren eine Meningitis, von der es genas; es lebt — ist aber seitdem idiotisch. Das zweite Kind lebt, gesund. Das dritte Kind starb, 1 Jahr alt, am Wasserkopf mit Konvulsionen. Patientin und ihr Gatte sind Landleute, stammen von gesunden Familien, kräftig, stets gesund gewesen. Bloß im Jahre 1912 litt Patientin im Verlaufe von 3 Monaten an heftigen Kopfschmerzen. Diese waren äußerst quälend, nachts oft stärker als am Tage; sie lokalisierten sich in der Gegend beider Scheitelbeine, raubten oft die Nachtruhe. Eine Behandlung zu Beginn

war erfolglos, doch schwanden sie nach 3 monatlichem Bestehen völlig ohne jede ärztliche Behandlung. Im Februar 1918 stellten sich quälende, stets zunehmende Schmerzen in der Gegend der unteren Lendenwirbel ein. Im Mai 1918 gesellten sich Schmerzen im linken und seit August 1918 auch solche im rechten Bein hinzu. Die Schmerzen wurden allmählich heftiger und qualvoller. Fast beständiges Nagen und Bohren in der Gegend der unteren Lendenwirbel, ausstrahlende Schmerzen im Leibe, zuweilen Gürtelgefühl. Am schlimmsten waren die ausstrahlenden Schmerzen in den Beinen. Die Nächte waren ebenso schlimm wie die Tage. Schon der Druck der Bettunterlage auf die Lendengegend, wie auch eine unvorsichtige Bewegung des Körpers lösten oft heftige Schmerzattacken aus. Das Gehen wurde zuletzt mühsam und schleppend. Sitzen und Stehen waren oft leichter als das Liegen. Die Schmerzen lokalisierten sich in der Gegend der unteren Lendenwirbel, auch zu beiden Seiten derselben — insbesondere links, dann in der Gegend der Incisurae ischiadicae majores, vorne in den Oberschenkeln und vorne in den oberen Hälften der Unterschenkel. Die hinteren Flächen der Beine, die Gegend der Kniegelenke und die unteren Hälften der Unterschenkel blieben schmerzfrei. Im Februar 1919 war noch Gibbus der unteren Lendenwirbel aufgetreten, und Patientin wurde in den letzten Tagen des August 1919 behufs Operation nach Riga geschickt. Status am 2. September 1919: Gibbus der unteren Lendenwirbel. Druckschmerz an den Processus spinosi derselben und zu beiden Seiten von ihnen, besonders links auf einem Gebiet von der Größe einer halben Spielkarte. Geringerer Druckschmerz an den Incisurae ischiadicae majores. An den Beinen weder Druckschmerz, noch Druckpunkte, aber geringe Abmagerung. Gang schwer, schleppend, aber weder spastisch, noch ataktisch. Romberg negativ. Pupillarreaktion auf Licht knapp mittelstark. Es fehlen die Patellar- und Achillessehnenreflexe, ebenso Babinski, Oppenheim und Bauchreflexe. Von seiten der Sensibilität keine auffallenden Abweichungen von der Norm. Vom Organbefund sei bemerkt; Arteriosklerose, eine geschwollene Halslymphdrüse von der Größe einer halben Haselnuß hinter dem linken Sternokleidomastoideus. Die Leber steigt bei tiefer Inspiration um ca. $1-1\frac{1}{2}$, Querfinger unter den rechten Rippenbogen herab (i. d. Linea mamillaris dextra): ihre erreichbare Oberfläche glatt, der Rand hart, verdickt. Lungen- und Rachenbefund normal. Harn ohne Eiweiß und Zucker. Der Gibbus bewies in diesem Fall eine Erkrankung der Lendenwirbelkörper mit Einschmelzung der Substanz derselben. Differentiell diagnostisch kamen in Betracht: Tumor, Tuberkulose und Lues. Bei Tumor mit so ausgebildetem Gibbus hätte Verf. größere Ausfallserscheinungen erwartet. Tuberkulöse Karies des Lendenwirbels

bei einer bisher gesunden und nicht belasteten Person in so vorgerücktem Alter schien auch unwahrscheinlich. Dagegen erweckte in der Anamnese der Umstand, daß von 3 Kindern 2 an Gehirnerkrankheiten gelitten hatten (die anamnestischen Daten bezüglich der Kopfschmerzen wurden ihm erst später bekannt), in Verf. den Verdacht auf Lues, und er leitete sofort eine spezifische Behandlung ein (2. September 1919). Auf der Röntgenplatte (vom 8. September 1919) ist eine sehr bedeutende Zerstörung der unteren 3 Lendenwirbelkörper sichtbar. Sie sind in ihrer Lage zueinander verschoben, in ihrer Masse verkleinert. Speziell der 4. Lendenwirbelkörper hat so sehr durch die Einschmelzung gelitten, daß er weniger als halb so hoch ist als die obersten 2 Lendenwirbel. Die Zerstörung erstreckt sich auf die sichtbaren Seitenteile und Protopus der unteren 3 Lendenwirbel. Wa. R. im Blut ergab am 19. September 1919 4+ (++++). Bereits 3 Wochen nach Beginn der Behandlung (23. September) hielt Patientin sich für genesen. Sämtliche Schmerzen und Beschwerden der qualvollen Krankheit waren jetzt schon geschwunden. Patientin geht leicht, ohne Beschwerden, hat sich körperlich gut erholt, schläft vorzüglich. Bloß bei längerem Spaziergang stellt sich ein Unbehagen vorne im oberen Teil der rechten Tibia ein, das aber die Patientin am weiteren Gehen nicht hindert. Der Gibbus ist natürlich geblieben. Die erweichten Wirbel konnten zwar gesunden, aber nach der Destruktion ihre ursprüngliche Form nicht wiedergewinnen. Die obenerwähnten Haut- und Sehnenreflexe fehlen. Offenbar hat der Reflexbogen im Gebiet des Krankheitsherdes eine Störung erlitten. Ob diese reparabel ist, wird die Zukunft lehren. Den Zeitpunkt der Infektion glaubt Verf. in die erste Zeit nach der Eheschließung verlegen zu dürfen. Daß bei 2 kräftigen, nicht belasteten, scheinbar gesunden Eltern von 3 Kindern 2 an zerebralen Leiden erkrankten, ist suspekt. Die Kopfschmerzen im Jahre 1912 sind als tertiäre Prozesse an den Ossa parietalia aufzufassen. Dieser Fall lehrt, daß man bei Erkrankungen der Wirbelsäule, resp. Gibbus derselben, die Aetiologie der Lues stets auch in Betracht ziehen soll. Es ist notwendig, in all diesen Fällen die Wa. R. im Blut und eventuell im Liquor vorzunehmen und selbst bei negativem Ausfall derselben, aber nicht ganz sicherer Aetiologie eine antiluetische Kur einzuleiten. Zum Schluß will Verf. noch bemerken, daß er in der ihm zugänglichen Literatur keinen Fall von syphilitischem Gibbus der Lendenwirbelsäule gefunden hat. Was die Brustwirbelsäule betrifft, so ist in den Schmidtschen Jahrbüchern Bd. 233 ein Fall von Jasinsky referiert, wo bei einem 6jährigen luetischen Kinde eine luetische anguläre Kyphose der unteren Wirbel (des elften) vorgelegen hat.

(D. m. W. 1920 Nr. 10.)

Krankheitsbilder.

Zur Nabeldiphtherie bei Neugeborenen schreibt F. Göppert (Göttingen): Die bei weitem meisten Diphtherieinfektionen des Nabels erfolgen wohl am Ende der ersten und in der zweiten Woche. Doch kann die Erkrankung auch viel später auftreten, und zwar zu einer Zeit, in der das Kind nicht mehr unter Aufsicht der Hebamme oder Entbindungsanstalt steht. Oft freilich wird in diesen Fällen das Kind an Nasendiphtherie leiden oder Diphtheriebazillenträger sein, sodaß die Infektion in diesen Fällen in der Entbindungsanstalt erfolgt sein kann. Ein großer Teil zeigt kaum bemerkenswerte Symptome. Leichtes Nässen der Nabelfalte veranlaßt die Untersuchung. Diese ergibt in der Tiefe der Falte oder auf der granulierenden Nabelwunde einen dünnen Schleier. Wie die Henkelschen Fälle zeigen, kann auch dieser fehlen. Wie bei der Hautdiphtherie, bleiben gewiß viele Fälle auch unbehandelt harmlos und heilen unter leicht desinfizierender Behandlung ab. Die richtige Diagnose ist bei diesen Fällen aber auch aus dem Grunde wichtig, weil eine Untersuchung des Kindes Nasendiphtherie ergeben kann, auf die man vorher nicht geachtet hat. Auch auf Erkrankung von Geschwistern oder Pflegepersonal an Diphtherie wird dadurch unser Augenmerk gelenkt. Bei anderen Patienten entwickelt sich, und zwar augenscheinlich meist von vornherein, das Leiden viel bösartiger. Es kommt zu einem schmierig belegten Geschwür mit infiltrierter Umgebung, ja selbst zum völlig ausgebildeten Krankheitsbilde der Nabelgangrän. Viel bösartiger scheinen die Fälle zu verlaufen, die in den ersten Lebenstagen infiziert sind. Hier entwickeln sich die schweren Krankheitsbilder, besonders die Gangrän, außerordentlich schnell. Da sehr häufig in der Anamnese der Kinder ein verspäteter Abfall des Nabelschnurrestes erwähnt wird, dürfte eine langsamere Abheilung der Nabelwunde zur Infektion disponieren, während in den ersten Lebenstagen die peinliche Asepsie die Infektion seltener zustandekommen läßt. Die meisten Fälle von Nabeldiphtherie entstammen, wie wir das immer wieder für die Nasendiphtherie des Neugeborenen nachgewiesen haben, Entbindungsanstalten. Doch kann die Infektion im Privathause gleichfalls erfolgen. Für den Arzt ergibt sich daher die Notwendigkeit, bei jedem nässenden Nabel sorgfältig die Haut bezw. die Wunde zu inspizieren. Diphtherieerkrankung in der Umgebung des Kindes wird ihn auf die Möglichkeit einer Nabeldiphtherie, der Nachweis oder Verdacht einer Nabeldiphtherie umgekehrt auf Erkrankungen der Umgebung, aber auch der Nase des Neugeborenen aufmerksam machen. Bei jedem belegten Geschwür und vor allen Dingen auch bei Gangrän des Nabels rate ich, ohne die bak-

teriologische Untersuchung abzuwarten; sofort Heilserum einzuspritzen, und zwar betrage die Dosis mindestens 2000 I.E. Größere Dosen bzw. eine Wiederholung der gleichen Dosis nach 12 und 48 Stunden sind durchaus gestattet.

(D. m. W. 1920 Nr. 12.)

Symptomatologisches.

Postpneumonische Pleuritis exsudativa alterolateralis.
Von I. Zadek (Aus den inneren Stationen des Krankenhauses der Stadt Neukölln). Das Auffällige und Ungewöhnliche an den 4 beobachteten Fällen ist vor allem die Entwicklung eines pleuritischen Exsudates auf der anderen, von Lungenentzündung freien Seite. Es liegt die Vermutung nahe, daß, da ja auf dieser scheinbar gesunden Seite unbedingt eine Erkrankung des Brustfells vorliegt, daselbst auch ein pneumonisches Infiltrat bestanden habe. Indessen war ein solches klinisch und röntgenologisch niemals feststellbar, vielmehr fand sich nur eine mehr oder weniger starke, jede Pneumonie begleitende Bronchitis; insbesondere ist durch fortlaufende Röntgenkontrolle erwiesen, daß in obigen Fällen niemals auf der Seite des postpneumonischen Exsudates ein Verdichtungs-herd in der Lunge bestanden hat. Gegen eine solche Annahme spricht auch der klinische Verlauf. Wäre der Flüssigkeitserguß eine Folge der auf dieselbe Seite übergesprungenen Pneumonie, müßten unbedingt irgendwelche Symptome in die Erscheinung getreten und, wenn auch nicht notwendigerweise der physikalischen, so doch sicherlich der allgemeinen klinischen Diagnostik zugänglich gewesen sein. Dafür fehlt jeder Anhaltspunkt: Keine physikalischen Zeichen einer übergewanderten Pneumonie, kein erneuter Temperaturanstieg, kein entsprechendes Sputum, keine nennenswerte Alteration des Allgemeinbefindens. Vielmehr ist stets der fast symptomlos, sozusagen versteckte Eintritt des pleuritischen Exsudates auf der bisher gesunden Seite auffällig gewesen. Schließlich erscheint ein direkter Zusammenhang zwischen einem Exsudat und einer unbemerkt gebliebenen neuen pneumonischen Infiltration der bisher gesunden Seite ausgeschlossen wegen der charakteristischen Tatsache, daß sich bei sämtlichen Kranken der Flüssigkeitserguß erst nach der Krisis und zwar nach einem mehr oder weniger großen, fieber- und symptomlosen Intervall von mindestens 10 Tagen bis zu mehreren Wochen entwickelt hat. Mit anderen Worten: es handelt sich nicht um para-, sondern postpneumonische Flüssigkeitsergüsse, bei deren Zustandekommen das relativ große zeitliche Intervall sehr bemerkenswert ist. Einer gesonderten Besprechung bedarf noch der theoretisch mögliche Einwand, es könnte sich

bei diesen Exsudaten um solche tuberkulöser Natur gehandelt haben, sei es, daß erst nach dem Ablauf der Pneumonie eine tuberkulöse Infektion mit spezifischer exsudativer Pleuritis zustande gekommen ist, sei es, daß eine latent vorhandene Lungentuberkulose, infolge der Pneumonie exazerbiert, zu einer Erkrankung und Exsudation der Pleura der gesunden Seite geführt hat. Eine Stütze könnte eine derartige Annahme finden, gerade weil das Intervall zwischen der abgelaufenen Lungenentzündung und dem Erscheinen des Flüssigkeitsergusses so relativ groß ist und da die Resorption des Exsudates öfters mehrere Monate gedauert hat. Indessen spricht der sonstige klinische Verlauf absolut gegen eine solche Anschauung, zumal da schließlich in sämtlichen Fällen ohne irgendwelche manifesten Symptome von Tuberkulose bei stetig fortschreitender Erholung völlig gesunde Verhältnisse eingetreten sind. Vollends als erledigt muß diese Ueberlegung gelten im Hinblick auf die zytologische Beschaffenheit des pleuritischen Exsudates, weil dieses durchweg reichlich polynukleäre Leukozyten enthielt; das Fehlen von Pneumokokken spricht bei dem großen Intervall zwischen Lungenentzündung und Brustfellerguß in Analogie der sonst beim metapneumonischen Exsudat beobachteten zytologischen Beschaffenheit durchaus nicht gegen eine mit der Pneumonie ursächlich zusammenhängende Genese. Vielmehr ist dieser Zellenbefund sowohl wie das zeitliche Intervall ein überzeugender Beweis für den ätiologischen Konnex mit der Pneumonie der anderen Seite und eine weitere Stütze für die sich immer mehr Bahn brechende Anschauung, daß die Lungenentzündung erst nach primärer Blutinfektion durch sekundäre Ansiedlung der Pneumokokken in der Lunge zustande kommt. Denn die postpneumonische Pleuritis exsudativa alterolateralis kommt nicht etwa durch direktes Uebergreifen des pathologischen Prozesses von der entzündeten Lunge auf das Brustfell der anderen Seite zustande -- für eine solche Annahme fehlt gerade in obigen Fällen jeglicher Anhaltspunkt --, sondern ist offenbar der Ausdruck einer durch Metastasierung vom Blute her erneut zustande gekommenen Lokalisation einer Pneumokokkeninvasion.

(B. kl. W. 1920 Nr. 14.)

Ueber apoplektiforme Menière-Erscheinungen ohne Hörstörungen bei Grippe. Von Prof. A. Bittorf (Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Breslau). Bei 3 Patienten traten die Erscheinungen im Verlauf oder im Anschluß an eine leichte Grippe, bzw. einen Schnupfen während der jetzt herrschenden Grippeepidemie auf. Nur in einem 4. gleichzeitig beobachteten Falle war eine Grippe angeblich nicht vorausgegangen. Ganz

plötzlich, oft nachts, erkrankten die Patienten mit heftigem Kopfschmerz, stets mit hochgradigem Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen, nie Hörstörungen. In einem Falle bestand anfänglich für kurze Zeit mäßiges Schmerzgefühl im linken Ohre. Das Schwindelgefühl war in den Fällen stets so außerordentlich schwer, daß die Patienten sich überhaupt nicht im Bette aufrichten konnten. Oefters war es ausgesprochener Drehschwindel nach einer Seite. Beim Versuch, sich zu erheben, oft schon beim einfachen Blick nach oben, nahmen die Erscheinungen zu, und es trat schweres Erbrechen auf, das jede Nahrungsaufnahme unmöglich machte. Die Temperatur war normal, mitunter anfänglich wohl leicht erhöht, dann oft subnormal. Der Puls konnte, besonders beim Aufrichten, außerordentlich labil und klein werden, so daß in einem Falle ein sehr bedrohliches Krankheitsbild entstand. Dieser schwerste Zustand konnte 24—48 Stunden anhalten. Dann wurden die Erscheinungen meist etwas leichter, so daß die Patienten sich wieder aufsetzen konnten, ohne daß schwerster Schwindel und stets Erbrechen erfolgte. Der objektive Befund ergab stets Gehör, soweit ohne Stimmgabel feststellbar, ganz normal. Keine Schmerzhaftigkeit oder sonstige Veränderung der Ohrgegend, des Trommelfells. Schwindelgefühl, z. T. Drehschwindel, beim Aufrichten oder Blick nach oben, mitunter geringes Abweichen beim Gang nach einer Seite oder Neigung, nach einer Seite zu schwanken. Vorbeizeigen war nur einmal angedeutet vorhanden. Stets bestanden nystagmusartige Zuckungen beim Blick seitlich, nach einer Seite allein oder wenigstens stärker. So zeigte der Patient mit dem anfänglich linksseitigen Schmerz im Ohre einen rotatorischen Dauernystagmus und einen horizontalen Nystagmus beim Blick seitlich, und zwar nach rechts viel stärker als nach links. Einmal ergab die Prüfung des kalorischen Nystagmus bei bestehendem Nystagmus nach rechts scheinbar eine Herabsetzung der Erregbarkeit des linken Vestibularapparates. Im übrigen war 2 mal der Kornealreflex herabgesetzt, einmal die Okzipitalnerven druckempfindlich und gleichzeitig vorübergehender Babinski feststellbar. Sonstige nervöse Störungen fehlten völlig. Der körperliche Befund ergab gleichzeitigen Schnupfen oder Bronchitis. Der weitere Verlauf war stets günstig. Es erfolgte gewöhnlich schneller — kürzeste Dauer etwa 6—8 Tage — bald langsamer, 1 mal 6—7 Wochen, Abnahme der Kopfschmerzen, des Schwindels, der besonders lange beim Blick nach oben blieb, des Erbrechens und des Nystagmus. In diesem chronischen Stadium ergab die Lumbalpunktion in einem Falle eine leichte Druckerhöhung ohne Zunahme des Eiweißes oder der zelligen Bestandteile. Die Punktion und Entlastung war scheinbar von günstigem Einfluß. Therapeutisch hatte sich sonst Chinin (3 mal 0,1—0,2)

mit Bromkali bewährt. Daß es sich um eine Folge der Grippe handelt, ist zweifellos, da in 3 Fällen Grippe bzw. Schnupfen vorausging, bzw. noch bestand. Da der 4. Fall etwa gleichzeitig während der Grippeepidemie auftrat, so ist auch hier diese Ursache wahrscheinlich. Die Ursache ist zweifellos in einer Erkrankung des Vestibularapparates, sei es des Nerven oder des eigentlichen Labyrinths, zu suchen. Man könnte an eine leichte seröse oder hämorrhagische Erkrankung der Bogengänge denken, worauf vielleicht die einmalige Angabe von Schmerzen in der Ohrgegend hinweist. Der einmalige Befund einer leichten Meningitis serosa ist nicht als Ursache der Erscheinungen zu betrachten, da diese bei Grippe sehr häufig ist. Sie ist höchstens Parallelerscheinung. Am wahrscheinlichsten ist die Annahme einer toxischen Reizung des Nervus vestibularis. Nervenreizungen sehen wir ja bei Grippe häufig. Auch die übrigen Begleiterscheinungen (Okzipitalschmerzhaftigkeit, Ohrschmerz, Kornealreflexstörung) stimmen damit überein.
(M. m. W. 1920 Nr. 15.)

Kasuistisches.

Polymyositis mit tödlichem Ausgang bei Grippe. Von Dr. E. Steinitz (Hannover). Gesunde, mittelkräftige Frau von 40 Jahren mit etwas reichlichem Panniculus — früher nicht krank bis auf leichte gichtische Erscheinungen, Familie ohne Besonderheiten, vier Kinder — erkrankte an anscheinend leichter Grippe ohne besondere Lokalisationen, nach zwei Tagen fieberfrei. Nach eintägiger Pause erneuter Temperaturanstieg auf 39°, zugleich enorme Schmerzhaftigkeit zuerst der Beine, dann auch der Arme. Auf 0,015 Morphium subkutan kein Schmerznachlaß. Warme Kompressen bringen etwas Linderung. Am Abend dieses Tages sah Verf. die Patientin bei gutem Allgemeinzustand, Puls der Temperatur entsprechend beschleunigt, aber hinreichend kräftig. Innere Organe, Reflexe usw. ohne Besonderheiten, kein Kernig, Nackensteifheit oder dergleichen. Sensorium frei. Die sehr vernünftige Patientin klagt über heftigste Schmerzen in allen vier Extremitäten, besonders in den Unterschenkeln und Oberarmen. Als äußerst druckschmerzhaft zeigt sich die ganze Muskulatur der Unterschenkel; diese sehen leicht geschwollen aus, etwa wie bei leichter Krampfaderschwellung, ohne eindruckbares Oedem. An den Armen ist die Beugeseite des Oberarmes am druckempfindlichsten. Auf 0,5 Chinin + 0,5 Antipyrin und 0,02 Morphium (alles subkutan) ruhige Nacht. Am andern Tage kehrt die Schmerzhaftigkeit in alter Stärke wieder, aber am ausgesprochensten an den Unterarmen. Temperatur abends 39,7°, Puls dauernd gut. Wegen der un-

erträglichen Schmerzen muß die Medikation des Vortages wiederholt werden. Nacht trotzdem unruhig. Morgens verliert die Patientin das Bewußtsein. Der sofort herbeigerufene Hausarzt findet sie bewußtlos mit schwachem Puls vor, die Muskulatur der Unterarme und Unterschenkel bretthart geschwollen; trotz Kampfer- und Koffein-Injektion wird Atmung und Puls unaufhaltsam schlechter und tritt um 10 Uhr vormittags unter hochgradiger Zyanose der Exitus ein. Epikrise: Die unter Fieberanstieg auftretende Schmerzhaftigkeit der Extremitäten ließ an eine Thrombose bzw. Phlebitis, akute Polyneuritis oder Myositis denken. Die gleichmäßig auf ganze Muskelgruppen sich erstreckende Druckempfindlichkeit, das Fehlen venöser Stauung oder anderer Zeichen für Thrombose ließ die Diagnose Myositis sicher erscheinen. Ob die plötzlich eingetretene Herzschwäche durch ein Übergreifen der Myositis auf den Herzmuskel oder vielmehr durch Toxin-Überschwemmung von den zahlreichen, in der Extremitäten-Muskulatur anzunehmenden Entzündungsherden aus zu erklären ist, möchte Verf. dahingestellt lassen. Die Prognose empfiehlt es sich in ähnlichen Fällen mit großer Vorsicht zu stellen. Die Beobachtung läßt übrigens an die Möglichkeit denken, daß bei allen Grippefällen mit ausgesprochenen Muskelschmerzen myositische Entzündungsherde vorliegen, deren Ausdehnung und Intensität nicht nur die subjektiven örtlichen Beschwerden, sondern auch die Schwere des Allgemeinverlaufs mit bestimmen. Unsere Beobachtung würde dann nur als abnorme Steigerung einer regulären Teilerscheinung der Grippe aufzufassen sein. So wäre der schwere Verlauf mancher Fälle ohne andere Lokalisation zu erklären; ferner auch die häufig in der Rekoneszenz lange zurückbleibende Schmerzhaftigkeit der Extremitäten-Muskulatur.

(Ther. d. Gegenw. 1920 Nr. 4.)

Medikamentöse Calciurie. Von Prof. Dr. Klotz (Lübeck). Verf. hatte Gelegenheit zu folgender Beobachtung. Es handelte sich um ein 1jähriges Mädchen, welches mit der Diagnose Cystitis zugewiesen wurde. Klinisch standen im Vordergrund: häufiger Harndrang, Schmerzüßerungen uncharakteristischer und bei dem Alter der Kleinen schwer lokalisierbarer Art, zunehmende Appetitlosigkeit und Blässe — bei rationeller Ernährung — unruhiger Schlaf, launisches Wesen und Neigung zu dünnen Stühlen. Bisher war das Kind angeblich seit der Geburt stets gesund gewesen. Die allgemeine Körperuntersuchung ergab nichts von Belang. Der Stuhl zeigte die Charaktere eines Dickdarmkatarrhs. Von Interesse war jedoch der Urinbefund. Der Urin wird entweder trübe entleert oder trübt sich intensiv bald nach der Miktion. Er ist alkalisch, frei von Eiweiß, enthält nur vereinzelte Leukozyten,

keine Bakterien, dagegen sehr viele Phosphate. Auffallend starkes Oberflächenhäutchen. Die dichte Trübung löst sich bei Essigsäurezusatz. Da Verf. seit langem der Ausscheidung von Kalksalzen im Harn bei Kindern Aufmerksamkeit schenkt, fügte er Ammonoxalat zum essigsauren Harn und erhielt augenblicklich eine dichte, schneeweiße Wolke von Erdoxalat. Damit war die Natur der „Cystitis“ sichergestellt. Es lag eine Calcariurie vor. Aber nicht die essentielle Form. Bei näherem Nachforschen erfuhr Verf., daß die Kleine auf Anraten eines Apothekers bereits seit 4 Monaten anfänglich 3, später 5 Tabletten Camagol¹⁾ zu sich nehmen mußte, um dem Entstehen von Rachitis vorzubeugen. Wenn nun auch der Kalkgehalt der Camagoltabletten in umgekehrtem Verhältnis zu ihrer respektablen Größe steht, so muß dennoch angenommen werden, daß reichlich Kalk resorbiert worden ist. Die Kalkausscheidung ging aber nicht den normalen Weg durch den Darm vonstatten, sondern durch den Harn. Also Verhältnisse, wie sie uns bei der Phosphaturie oder richtiger Calcariurie geläufig sind. Daß die Pathogenese der Störung in der Tat so zu erklären war, konnte aus der Therapie Bestätigung finden. Sofortiges Aussetzen des Camagols und Bärentraubenblätterttee beseitigten den Harnbefund in einigen Tagen. Die Harnkalkfällung wurde von Tag zu Tag spärlicher und war nach einer Woche nicht mehr nachzuweisen. Man hat mehrfach in analogen Fällen Darmkatarrhe als Begleitsymptome festgestellt und geglaubt, daß dadurch möglicherweise der Mechanismus der physiologischen Kalkausscheidung im Dickdarm gestört und auf den Harn umgeschaltet werde. Für den vorliegenden Fall kann diese Deutung nicht zutreffen. Der Harn war schon längst kalkfrei, als der Dickdarmkatarrh noch fortbestand. Auch als später ein Rückfall eintrat, war und blieb der Harn kalkfrei. (Ther. Halbmhft. 1920 Nr. 7.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Drainage mit Rohgaze. Von Dr. K. Propping, Privatdozent in Frankfurt a. M. Der 1. Tamponwechsel in der Nachbehandlung ist bei den jetzt gebräuchlichen Mitteln häufig eine Strapaze für den Pat. und für den mitfühlenden Arzt. Trotz der Anwendung des warmen Bades und des Wasserstoffsuperoxyds geht das Lösen

¹⁾ Camagol ist ein von der Firma Schering hergestelltes Präparat, welches Kalzium und Magnesium kombiniert enthält. Wie ferner Prof. Langstein mitteilte, hat er gelegentlich der Kalktherapie bei älteren Kindern in 2 Fällen eine mit unangenehmen Blasenerscheinungen einhergehende Calcariurie beobachtet, die ihn zum Aufgeben der Medikation zwang.

des Tampons nicht ohne mehr oder weniger starke Schmerzen und meist nicht ohne Blutungen ab, und es scheint, als ob die einfache sterile Gaze am meisten zu dieser Verklebung mit den Wundflächen und Wundrändern neige. Die Verklebung ist auch die Ursache, warum man der drainierenden Wirkung der Gaze nicht froh wird, denn es bilden sich bekanntlich hinter dem Tampon häufig Verhaltungen, eine Tatsache, die im Kriege nach längeren Transporten besonders deutlich zutage trat. Die Neigung zur Verklebung hängt bei der jetzigen Gaze offenbar mit ihrer Präparierung als hydrophile, also aufsaugende Gaze, das heißt mit ihrer Entfettung zusammen, und so kam Verf. auf den Gedanken, die Nachteile der hydrophilen Gaze dadurch zu vermeiden, daß er sie im nicht entfetteten Zustande als sogenannte „Rohgaze“ anwandte. Die klinische Erprobung ergab das vermutete Resultat: Die Rohgaze verklebt etwas, aber bedeutend weniger wie die hydrophile Gaze. Der Schmerz beim Tamponwechsel hielt sich in durchaus erträglichen Grenzen oder fehlte ganz. Immer war die Rohgaze da, wo sie unmittelbar der Wundfläche angelegen hatte, blutig imbibiert, nie kam es aber nach der Lösung zur Bildung des bekannten Blutsees, selbst nicht bei großen Höhlenwunden. Es bildeten sich keine Verhaltungen. Die Drainage ist also ausgezeichnet. Sie geht natürlich nicht durch die Fäden des Gewebes als Kapillardrainage vor sich, sondern sie geschieht durch die Maschen des Gewebes, und die treibende Kraft ist nicht die Kapillarattraktion, sondern der Sekretionsdruck der Wundflüssigkeiten. Die Rohgaze wirkt gewissermaßen wie eine Summe kleiner Gummirohre, sie ermöglicht also eine wirkliche Drainage. Die Verbandstoffabrik Paul Hartmann, Heidenheim a. B. (Württemberg), teilt mit, daß sich die Rohgaze nach besonderem Verfahren auch mit Jodoform und den übrigen bekannten Mitteln imprägnieren lasse.

(Zbl. f. Chir. 1920 Nr. 18.)

Ein schmerzvermindernder Kunstgriff der örtlichen Anästhesie. Von Dr. Oskar Stracker (Aus dem Orthopädischen Spital, Wien). Bei der örtlichen Analgesie mittels subkutaner Injektion verursacht das Einstechen in die Haut den größten und beinahe einzigen Schmerz, falls nicht beim Verschieben der Nadel ein größeres Nervenstämmchen getroffen wird. Man vermeidet daher möglichst öfteres Einstechen und verwendet lange und feine Nadeln. Nach Reclus und Schleich werden die späteren Einstichstellen zuerst durch endermatische Infiltration unempfindlich gemacht. Das Sparen mit dem Durchsetzen der Haut ist aber vielfach nicht möglich, so bei gekrümmter Schnitttrichtung und im unebenen Terrain. Überdies besitzt das Originalbesteck nach

Schleich nur kurze Nadeln. Das Dehnungsgefühl mehrerer Hautquaddeln und die Schmerzen vielfacher Einstiche lassen sich auf den eines einzigen beschränken, wenn bei jeder Injektion die Hautquaddel „kathodendermatisch“ (κατωθεν von unten her) angelegt wird. Ein besonderes Instrumentarium ist hierzu nicht nötig. Eine mäßige Krümmung des Kanülenansatzes oder Spritzenausflußrohres, wie es Hackenbruch verwendet, erleichtert die Technik. Für den 1. Einstichpunkt wird wie gewöhnlich eine endermatische Quaddel angelegt, eingestochen und je nach der Dicke des Korum und des Panniculus adiposus der Subkutis in 1 oder 2 Etagen ein lineares Depot gesetzt. Nach voller Ausnutzung der Nadellänge wird die Spitze unter stetem Druck auf den Stempel oberflächlich gegen die Epidermis geführt, dorthin, wo der nächste Einstich erfolgen soll, und von unten her in ihr eine Hautquaddel gesetzt, während die Zeigefingerkuppe der anderen Hand der Nadelspitze entgegenfühlt. So kann die folgende Durchsetzung der Haut vollständig schmerzlos ausgeführt werden. In der gleichen Weise wird ein Stich an den anderen gereiht, bis der Hackenbruchsche Rhombus geschlossen oder die Umspritzung des Operationsfeldes vollendet ist. Auch wenn keine deutliche Quaddel entsteht, wie am Handteller, ist die Stellé doch unempfindlich. Diese Methode ist für das Erfassen der empfindlichsten Teile der Hautnerven sehr geeignet. Die Stämmchen letzterer teilen sich im Korium in feinere Ästchen, die unter der Epidermis ein weitmaschiges Netz bilden. Von ihm steigen die feineren, marklosen Nervenendigungen zwischen den Epidermiszellen auf. Sie gelten nach einer ziemlich allgemein anerkannten Ansicht als die eigentlichen Träger des Schmerzes. Zum mindesten sind sie viel empfindlicher als die markhaltigen Leitungsbahnen des Unterhautzellgewebes. Diese werden zunächst durch das subkutan vorgeschobene Depot unter Kokainwirkung gesetzt. Infolge ihrer dünnen bindegewebigen Scheiden unterliegen die feinsten Endnerven der Beeinflussung durch die Injektionsflüssigkeit kaum weniger stark als die Endigungen selbst. Letztere sind daher infolge Leitungsunterbrechung bereits ziemlich analgetisch, wenn die Nadel zu ihnen vordringt, um das kathodendermatische Depot zu setzen. Man ist auf diese Weise sicher, den nächsten Einstich an einer bestimmt schmerzunempfindlichen, vorher markierten Stelle auszuführen. (Zbl. f. Chir. 1920 Nr. 9.)

b) Innere Krankheiten.

Die Variolabehandlung mit Kaliumpermanganat. Von Dr. Willy Bender (Aus der medizinischen Abteilung des städtischen Wenzel-Hancke-Krankenhauses in Breslau). Die Kaliumperman-

ganatbehandlung der Variola ist eine ausgezeichnet wirkende Methode zur Behandlung der dermatologischen Komponente der Erkrankung. Sie ist hierin jeder anderen Behandlung weit überlegen. Die günstige Beeinflussung der Schwere der Allgemeininfektion ist als teilweise bedingt durch die Hauterkrankung und ihre Komplikationen als sicher anzunehmen, aber erst statistisch erweisbar. Das Rekonvaleszentenstadium wird infolge der Beschleunigung der Abschuppung bedeutend verkürzt, zumal wenn die Schälung an Handtellern und Fußsohlen durch Schälkur und mechanische Entfernung unterstützt wird. Die auf die Kranken psychisch (melancholische Zustände, Häufung hysterischer Anfälle usw.) recht lästig wirkende Isolierung wird auf kürzeren Zeitraum beschränkt. Sanitätspolizeilich bemerkenswert ist die schnellere Beseitigung und eventuell gleichzeitige Desinfizierung der Schuppen, die als Infektionsmaterial eine der Infektionsquellen darstellen. Der Erfolg der Kaliumpermanganatbehandlung ist so offensichtlich, daß sie eventuell in Verbindung mit Elektrokollargol bzw. Kollargol zurzeit die Methode der Wahl genannt werden muß. Als wirksames Prinzip der Methode bezeichnet Dreyer die Abhaltung der ultravioletten Strahlen durch die Verfärbung der Haut, nebenbei auch die desinfizierende und desodorierende Wirkung des Kaliumpermanganats. Falls die Lichtwirkung in Frage kommt, müßte ein indifferenten Farbstoff dieselbe Wirkung besitzen. Verf. hat bei einer Kranken, bei der durch Kaliumpermanganat am rechten Oberarm ein deutlicher Erfolg zu erreichen war, die rechte Seite des Rückens mit konzentrierter Eosinlösung hochrot gefärbt, die linke frei gelassen. Ein Erfolg war nicht zu sehen. Verf. glaubt, die Hauptwirkung des Kaliumpermanganats beruhe auf der Eigenschaft als Aetzmittel und der dadurch hervorgerufenen sekundären Entzündung, die als künstliche, lokale, nicht spezifische Resistenzsteigerung im Sinne der Pfeiffer'schen Pseudoimmunität zu betrachten ist. Durch die lokale Anhäufung der Transportmittel der Immunstoffe, als die Blut, Lymphe und Leukozyten zu gelten haben, wird die Steigerung der Widerstandsfähigkeit hervorgerufen. Es wird so gewissermaßen wie bei der Revakzination die Area, die nach v. Pirquet als „entzündliche Reaktion dem weiteren Wachstum der Pockenerreger Einhalt gebietet“, als allergische Reaktion im Sinne einer beschleunigten Reaktion künstlich herbeigeführt. Ferner kommt wohl die oxydierende Wirkung des Sauerstoffes in statu nascendi bei Zersetzung des Kaliumpermanganats in Frage, die nach Kulka vielleicht direkt zur ungünstigen Beeinflussung des „anaëroben Eigenschaften verratenden Variolaerregers“ führt. Durch die häufige Desinfizierung der gesamten Körperoberfläche wird das Einwandern von Eitererregern durch die geschädigte Epitheldecke

in die Pusteln auf ein Minimum beschränkt. Nach längerem Probieren an den einzelnen Patienten hat sich als zweckmäßig folgendes Verfahren herausgestellt. Am ersten Tage der Einlieferung wird einmal der ganze Körper mit gesättigter, frisch bereiteter Lösung gepinselt, die bei mittlerer Zimmertemperatur etwa 6,5 %ig ist, dann wird ein 2. oder 3. Mal an einer halben Gliedmaße versucht. Tritt hierbei nach einer halben Stunde kein Brennen ein, so wird die Lösung ein 2. oder 3. Mal auf den ganzen Körper eingepinselt. Bei eingetretener Hautreizung wird der Versuch mit 1,5 %iger Lösung an einer anderen Gliedmaße wiederholt und bei fehlender Schmerzempfindung der ganze Körper gepinselt. Nun wird an jedem weiteren Tag, je nach der Empfindlichkeit der Haut, mit gesättigter oder 1,5 %iger Lösung, bei sehr empfindlichen Patienten mit event. noch stärkerer Verdünnung gepinselt. Ein über eine halbe Stunde dauerndes Brennen muß auf jeden Fall vermieden werden. Eine Ausnahme machen Hände und Füße, an denen wegen geringerer Hautempfindlichkeit dauernd mit konzentrierter Lösung behandelt werden kann. Ein Verfahren, das auch deshalb anzuraten ist, weil hier die Schuppen sich am schlechtesten lösen und dies durch die konzentrische Lösung beschleunigt wird. Meist wird zur schnelleren Beendigung der Rekonvaleszenz bei Freisein des übrigen Körpers an diesen Stellen eine Schälkur (heiße prolongierte Bäder mit darauffolgender Pinselung mit 10 %igem Salizylkollodium) und mechanischer Entfernung nötig sein. Die Behandlung mit Kaliumpermanganat wird fortgeführt bis zum spontanen Ablösen der Schuppen.

(B. kl. W. 1919 Nr. 49.)

Die Punktionsbehandlung der Hautödeme. Von R. von den Velden (Berlin). Die Einwände, die immer wieder gegen das Verfahren gemacht werden, sind auf der einen Seite der mangelhafte Effekt der zu den Aufregungen des Eingriffs und dem Risiko in keinem Verhältnis stehe, und andererseits wieder — allerdings nur selten — die Angabe akuter Verschlimmerungen infolge zu schneller Entleerung der Oedeme durch die Punktion. Dazu kommt noch das Gespenst des Erysipels, mit dem man allerdings unter bestimmten, noch zu besprechenden Verhältnissen hie und da rechnen muß, das aber bis auf ganz vereinzelte Fälle vermeidbar ist. Fragen wir uns zunächst, warum und wann der Eingriff vorzunehmen ist: Selbstverständlich wird man gegen Oedembildungen zunächst in der hier nicht näher zu erörternden Weise vorgehen, daß man je nach der Genese durch Herz- oder Gefäßmittel, oder eine Kombination beider, eventuell unter Zuhilfenahme von Diaphorese und vorsichtigster Ablenkung auf den Darm, den gestörten

Wasserhaushalt einzurichten sucht, wenn nicht — und das muß bei der heutigen therapeutischen Schnell- und Vielgeschäftigkeit immer wieder betont werden — einfache Ruhelage mit gleichzeitigen diätetischen Maximen (Milch-Kartoffelkur oder ähnliche Prinzipien, wie sie die alten Aerzte als „strengste Kost einschränkung“ wohl z. T. in ähnlicher Weise vornahmen) die Diurese in Gang und den Wasserhaushalt ins Gleichgewicht gebracht haben. Daß außerdem die Anwendung dieser Mittel und Maßnahmen eine sachgemäße und systematische sein muß, scheint eines besonderen Hinweises bedürftig. Sehen wir dabei auch noch eine Reihe überraschend guter Erfolge, so bleiben doch immer noch Fälle übrig, die mit ihrem starken Haut- und Höhlenhydrops ein so schweres Bild darbieten, daß man oft genug vor einer *Indicatio vitalis* steht, der nicht mit einem Herz- oder Gefäßmittel genügt werden kann, sondern wo dem Einsichtigen die Entlastung durch die Punktion sich ohne weiteres aufdrängt. Eine Bauch- und Pleurapunktion wird dabei selten allein genügen. Neben dieser absoluten Indikation, die sowohl bei reinen kardialen wie auch bei renal Oedemen, und vor allem bei einer kombinierten Genese vorkommt, finden sich nicht so selten Fälle mit einer relativen Indikation. Und das ist eigentlich die Mehrzahl derjenigen Fälle, bei denen die Punktion immer wieder hinausgeschoben wird, weil irgendein medikamentöses oder diätetisches Regime einen, meist allerdings ganz vorübergehenden und ungenügenden, Erfolg zeitigt. Das sind dann auch die Fälle, bei denen das Oedem der unteren Extremitäten dann chronisch wird; die Elastizität des Gewebes leidet, elefantiasische Veränderungen setzen ein, die Haut wird atrophisch, ekzematöse und schließlich ulzeröse Prozesse etablieren sich u. a. m., kurz der Boden für die Punktionstherapie wird immer ungeeigneter. Es ist nicht immer leicht, den mit dem Verfahren nicht Vertrauten davon zu überzeugen, daß in solchen Fällen relativ frühzeitig einzuschreiten ist, und daß man nicht warten darf, bis der Eingriff durch die oben erwähnten Veränderungen mit gewissen Gefahren verbunden wird (Infektionen, Blutungen, schlechte Retraktionsfähigkeit der Gewebe, verzögerter Heilverlauf usw.) oder gar Selbsthilfe dadurch eintritt, daß es zu Einrissen in der Haut kommt, aus denen dann das Oedemwasser dauernd absickert. Ein höchst übler und auch gefährlicher Zustand, der eigentümlicherweise selbst jetzt noch in der Zeit der Asepsis dem kleinen chirurgischen Eingriff, den die Beinpunktion darstellt, von manchen Aerzten und Patienten vorgezogen wird. Was will und kann man nun mit dieser Entfernung der Oedemflüssigkeit auf dem Wege der Punktion erreichen? An erster Stelle bekommt man natürlich eine weitgehende lokale Entlastung. Damit wird aber nicht nur die

Zirkulation in dem entspannten Gewebsteil gehoben, sondern auch das Herz nimmt an der dadurch geschaffenen Entlastung teil. Das kann dadurch kommen, daß größere Gefäßpartien dem starken Druck durch das Oedem entzogen werden, oder daß auch reflektorisch depressorische Momente von diesen Gefäßbezirken aus sich einstellen. Nicht zu vergessen ist, daß diese für die zentrale und periphere Kreislauffunktion wichtige Entlastung nicht an den hier exemplifizierten unteren Extremitäten Halt macht, sondern daß davon auch höher gelegene Gewebsbezirke, besonders das Gebiet des Abdomens, in ausgesprochener Weise betroffen werden kann. Die daraus resultierende Rückwirkung auf Herzfüllung und Arbeit ist verständlich. Aber noch weitere Fernwirkungen kann diese lokale Entlastung zeitigen. Soundso oft sieht man, wie sich spontan im Anschluß an derartige Punktionen die Diurese hebt. Sei es, daß die Tätigkeit der Kapillaren, die unter andere mechanische und Ernährungsverhältnisse gestellt werden, wieder auflebt und der Niere mehr harnfähige Substanzen zugeführt werden, oder daß ein Oedem bezw. eine Stauung der Nieren selbst, teils durch Ableitung, teils durch bessere Herztätigkeit und Blutverteilung beseitigt wird. Eine altbekannte Tatsache ist ferner auch, daß Herz- und Nierenmittel nach derartigen Entlastungen wieder besser angreifen. Diese Erfolge sind nun natürlich an eine gewisse Größe der Oedementziehung gebunden. Verf. hat sie niemals richtig eintreten sehen, wenn nur $\frac{1}{2}$ oder 1 Liter in 24 Stunden abliefen, sondern nur bei größeren Effekten, wovon im einzelnen noch gleich zu sprechen sein wird. Erfäßt man mit dieser Therapie nicht nur inveterierte Fälle mit den eben angedeuteten, einen Erfolg hemmenden Veränderungen, so kann man es oft erleben, wie der einmalige Eingriff nicht nur zu einer passageren Erleichterung und Verlängerung des Lebens um mehrere Wochen, sondern zur Erzielung eines Kompensationszustandes führen kann. Die Punktionsstellen heilen zu, die Kompensation kann dann wieder mit der vorher wirkungslosen chronisch intermittierenden Digitaliskur aufrecht erhalten werden, und Verf. hat sogar einen Fall, bei dem er aus der gleichen absoluten Indikation nach $1\frac{1}{2}$ Jahren zum 2. Male mit durchgreifendem und bleibendem Erfolg punktieren konnte. Meist ist ja der Erfolg, wie schon erwähnt, nur ein vorübergehender, aber immerhin erleichtert man dem Patienten das Leiden ungeheuer, mag man nun die Punktionsöffnungen zuheilen lassen und nötigenfalls immer wieder erneuern, oder läßt man sie mehrere Wochen, wie in dem von His mitgeteilten Fall, offen, ein dauerndes Ueberlaufventil für den gestörten Wasserhaushalt. Man sollte eigentlich meinen, daß bei der Einfachheit der technischen Fragestellung die Art des Vorgehens einer Diskussion kaum bedürftig

wäre. Und doch sind eine ganze Anzahl von Verfahren mitgeteilt worden, einmal diktiert von dem Verlangen, eine Infektion der Punktionsstellen zu vermeiden, und ferner, um an einzelnen, nicht immer am tiefsten Punkt gelegenen Stellen ohne Störungen des umgebenden Gewebes eine Entlastung zu erzielen. Verf.s Verfahren hat in der Klinik wie im Felde und in der Praxis bei aller Einfachheit die besten Resultate gegeben. Es ist in aller Kürze folgendes: Mit einem kleinen Troikart, wie er sich als mittlere oder kleinste Nummer in allen geläufigen Troikartinstrumentarien vorfindet, setzt man am Fuß und am Unterschenkel im Bereich der stärksten Schwellungen kleine, je nach der Dicke des Oedemes verschieden tiefreichende ($1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ cm) auf keinen Fall zu oberflächliche Punktionsöffnungen. Und zwar legt Verf. sie immer reihenförmig im Abstand von 1—2 cm an; die Reihen zu 5—15 Oeffnungen, mehrere Reihen je nach Bedarf nebeneinander. Man vermeidet natürlich auf Knochen zu kommen, umgeht ekzematöse und ähnliche Stellen ebenso, wie sichtbare variköse Erweiterungen. Dieses Vorgehen, das natürlich nicht bei einigen wenigen Punktionsöffnungen stehen bleiben darf (Verf. hat durchschnittlich 50—80 an jedem Bein angelegt), hat sich dem Kanülen- und Schnittverfahren als sichtlich überlegen erwiesen. Kleine Hautschnitte heilen zu schnell, tiefergreifende zu schlecht. Alle anderen Verfahren, mit Einschluß der beliebten Southey'schen Kanülen, haben sich immer wieder als zu „gekünstelt“ gezeigt. Um möglichst günstige und ungefährdete Resultate zu erreichen, hat sich folgender Modus procedendi entwickelt: Der Patient wird, was ihm meistens recht angenehm ist, mehrere Stunden vorher (3—6) in einen bequemen Lehnstuhl gesetzt und seine Beine, wenn möglich und nötig, rasiert; nach entsprechender physikalischer Reinigung in Alkohol oder Sublimattücher eingeschlagen. Jodanwendung ist wegen der Gefahr zu starker Reizerscheinungen an der meist in ihrer Ernährung stark geschädigten Haut zu vermeiden. Die Füße stehen auf einer Fußbank in einer Fußbadewanne oder ähnlichem gut eingefettet. Ein steriles weißes Tuch reicht vom Gesäß bis unter die Füße. Nach dem Eingriff, der bei geschickter Handhabung höchstens $1\frac{1}{2}$ —2 Minuten für beide Beine dauern sollte und den vielleicht vorher etwas unter Morphin gesetzten Patienten kaum alteriert, wickelt man die Beine in sterilen Mull oder entsprechende Tücher und läßt den Patienten dann, wenn irgend möglich, mindestens einen Tag in dieser Lage zubringen. In diesen ersten 24 Stunden läuft bei richtig ausgeführtem Eingriff und bei guter Gewebselastizität reichlich, anfangs oft mit Blut vermengte, Oedemflüssigkeit ab. Dieser Aderlaß ist im allgemeinen zu begrüßen. Man wechselt den Verband, natürlich absolut steril, nicht häufiger als 2 mal in

24 Stunden und vermeidet Antiseptika. Leichte Hautrötungen finden sich nicht so selten an den Stichöffnungen. Ein typisches Erysipel hat Verf. nur einmal bei einem Nephritiker erlebt, der leicht benommen, sich unter seinem Verband gekratzt hatte. Ist man aus irgendwelchen Gründen gezwungen, den Patienten zu Bett zu bringen, ehe die Hauptmenge des Oedemes abgelaufen ist, so muß man ein Lager so konstruieren, daß die Unterschenkel den tiefsten Punkt des Krankenvettes darstellen, damit kein Dekubitus usw. eintritt. Verf. war bisher nicht gezwungen, in den 23 Fällen, die er auf diese Weise in den letzten 12 Jahren punktierte, noch an einer anderen, höher gelegenen Stelle, abgesehen von Pleura- und Bauchpunktion, einzugreifen. Das Oedem hatte sich stets nach unten gezogen, selbst bei hochgradiger Schwellung der Bauchhaut und des Genitales, und war dann auch auf renalem Wege entfernbar. (Ther. Mh. 1919 Nr. 11.)

Behandlung von Lungenabszeß und Bronchiektasien mit Salvarsan. Von Dr. F. Hirsch (Medizin. Klin. Rostock). Von Januar 1919 bis jetzt kamen 2 Bronchiektatiker und 2 Fälle von Lungenabszeß zur Behandlung. Bei diesen 4 Patienten versuchte man Salvarsan und erzielte in 3 Fällen Heilung und in einem Falle (Bronchiektatiker) erhebliche Besserung. Eine Kontrolle in der klinischen Beobachtung bot das Allgemeinbefinden, der Temperaturverlauf, die Menge und Beschaffenheit des Sputums und nicht zuletzt das Röntgenbild. Wenn es auch nur 4 Fälle sind, über die Verf. berichten kann, so glaubt er doch sagen zu dürfen, daß man in Zukunft bei Bronchiektasien und Lungenabszessen, bevor man einen stets schwierigen chirurgischen Eingriff in Erwägung zieht, des völlig ungefährlichen Salvarsans gedenken sollte. In ihm steht uns ein Mittel zur Verfügung, welches geeignet erscheint, auch in ganz chronischen und verzweifelten Fällen, die jeder anderen Therapie trotzen, noch Erstaunliches zu leisten. (Ther. d. Gegenw. 1920 Nr. 2.)

Ueber die Dosierung der Beruhigungsmittel im Säuglings- und Kindesalter. Darüber schreibt Prof. Dr. Göppert (Göttingen): Wir brauchen im Kindes- und namentlich im Säuglingsalter Beruhigungsmittel in sehr viel größerem Maße als beim Erwachsenen. Die Anwendung dieser Mittel stößt dadurch auf Hindernisse, daß die wirksame und unschädliche Dosis nicht genügend bekannt ist. Die schematische Berechnung nach Körpergewicht muß deswegen falsch sein, weil bekanntlich die Wirkung wesentlich abhängt von der Stärke der Erregung. Das kindliche Gehirn ist aber hemmungsloser als das des Erwachsenen, und deswegen sind Zustände

stärkster Erregung gerade im Säuglingsalter unendlich viel häufiger als später. Es können z. B. Dosen von Nirvanol, die beim Erwachsenen tiefen Schlaf erzeugen, beim Säugling wirkungslos bleiben. Beistehende Tabelle¹⁾ gibt die wirksamen und noch un-

	Ext. Op. aquos.	Bromural	Adalin	Veronal-Natr.	Nirvanol	Luminal	Chloralhydr. p. clysm.	Urethan
-2 Monate		0,15	0,1—0,15				0,1—0,2	per clysm. 1,0
-6 "	0,0002—4 ¹⁾	0,15—0,45	0,25	0,05	0,075	0,05	0,3	per os 0,5—1,0
-12 "	0,0008—0,001	0,3—0,6	0,5	0,05	0,1—0,2	0,05	0,5—0,8	per clysm. 1,5
2 Jahre	0,001—0,0015	0,3—0,6	0,5	0,1	0,1—0,2	0,1	1,0	per os 1,5
-6 "	{ 3—4 Jahre 0,003—5 5—6 Jahre 0,01	0,3 (—0,9)	0,5—0,75	0,1—2	—0,3	0,2	1,0—1,5	per clysm. 1,5—2,0
-10 "	0,01—0,02	0,3 (—0,9)	0,5—0,75		0,3	0,3	2,0	desgl.
-14 "	0,03	0,3 (—0,9)					2,0	per os 2,0
								per clysm. 3,0
								per os 2,0—2,5
								per clysm. 3,0
								3,0

¹⁾ Sämtliche Zahlenangaben der Tabelle verstehen sich in Grammen.

schuldigen Dosen einer Anzahl von Mitteln an. Nur die Dosen des Veronals sind der Literatur entnommen. Die anderen Dosen sind beim gesunden und kranken Kinde klinisch bestimmt. Als Opiumpräparat sind wir von dem billigsten und einfachsten, dem Extract. opii aquos. ausgegangen. Statt dessen kann man von der Tinct. opii croc. 10 mal mehr nehmen. Pantopon, Laudanon, Narcophin in den käuflichen 2%igen Lösungen entspricht etwa der Dose der Tinktur, die 10%ige Holoponlösung ebenfalls. Einen praktischen Vorteil haben sie nur dadurch, daß sie injiziert werden können. Zu bemerken ist noch, daß von Tinct. opii nicht 20, sondern 45 (Tct. op. spl. u. crocat.) bzw. 54 (Tct. op. benzoic.) Tropfen auf 1 g kommen. Als Beruhigungsmittel für einen 8—12-monatlichen Säugling würde man deswegen folgendes Rezept verschreiben:

Tinct. opii croc. gtt. VIII
Aq. foeniculi 50,0
Aq. dest. ad 100,0
MDS. 3—5 × tgl. 1 Teelöffel bei Bedarf.

Dies würde ungefähr $\frac{3}{4}$ mg Opium pro dosi bedeuten. An Stelle der Pantopon-, Laudanon- usw. Sirupe mag man z. B. für ein 2—3 jähriges Kind folgendes Rezept verschreiben;

¹⁾ Zum größten Teile der demnächst erscheinenden „Prophylaxe und Therapie der Kinderkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Ernährung, Pflege und Erziehung des gesunden und kranken Kindes nebst therapeutischer Technik, Arzneimittellehre und Heilstättenverzeichnis“ von Göppert-Langstein (Berlin, J. Springer) entnommen.

Extract. opii aquos. 0,05

Sir. simpl. 50,0

Sir. cerasorum ad 100,0.

MDS. 3—5 \times tgl. bei Bedarf 1—2 Teelöffel.

Bei der Verwendung von allen Opium-Präparaten ist ferner Folgendes zu beachten: Man verordne sie nie 2-, 3- oder 4stündlich, sondern stets nur 2—3 mal täglich bei Bedarf, steige mit der Dosis bis zur Erreichung der gewünschten Wirkung. Es ist beim Opium wegen der vorkommenden Idiosynkrasie nicht möglich, gleich eine sicher betäubende Dosis zu nehmen. Ueberhaupt eignet sich das Opium für das jüngere Kind nicht wie Opium und Morphinum beim Erwachsenen zur Erzeugung des stärksten Grades einer Beruhigung, sondern nur zur Erregungsmilderung in den Fällen, bei denen Husten und Leibschmerz zum Teil schuld sind. Bei chronischen Bronchopneumonien und einigen Fällen von Sepsis dient das Mittel zur Herabsetzung der Empfindung des Zustandes, ohne daß man Narkose erzeugt, also auch zur Euthanasie. Bromural und Adalin sind in den großen, angegebenen Dosen unschuldige, wirksame Schlafmittel; bei allen möglichen Infektionskrankheiten, soweit sie nicht durch starke Schmerzen Unruhe verursachen, und auch vor allen Hustenmitteln beim Keuchhusten anzuwenden. Stärker wirkende Schlafmittel bei gleicher Indikation sind Nirvanol bzw. Luminal. Man muß bei ihnen damit rechnen, daß die Kinder am nächsten Tage mitunter schwindelig sind. Ihre Hauptbedeutung haben sie für die Behandlung der Epilepsie. Hier aber ist die Dose, abgesehen von schweren, refraktären Fällen, kleiner zu wählen, und zwar etwa $\frac{2}{8}$ der angegebenen Dose 1 mal täglich, oder von der gesamten Dose 2 mal täglich die Hälfte. Jeden 4. bis 5. Tag setze man aus.

Urethan und Luminal gehören schon zum Teil in das Gebiet der Krampfmittel, von denen später die Rede sein wird. Urethan ist außerdem das beste Beruhigungsmittel bei spastischer Bronchitis bzw. Asthma. Nur muß man die großen Dosen innehalten. Bei Keuchhusten ist es per clysma oder per os noch dann ein wirksames und ungefährliches Beruhigungsmittel, wenn Opium z. B. trotz eintretender Narkose die Hustenanfälle nicht lindert. Vor allen Dingen ist es das unschuldigste Mittel, wenn Atemangst das Krankheitsbild beherrscht (septische Endokarditis, Pneumonie, Stenose usw.). Man kann von diesem Mittel schon nach 1 Stunde $\frac{2}{8}$ der angegebenen Dose noch einmal geben. Man gebe es per os nach folgendem Rezept (der kleine Chloral-Zusatz ist nur dann notwendig, wenn man das Mittel, wie z. B. bei Asthma, zu Hause vorrätig halten will):

Sol. Urethani (10,0)!50,0¹⁾
 Sir. cerasorum ad 100,0
 MDS. Nach Vorschrift
 10—30 ccm.

Sol. Urethani (10,0)!50,0¹⁾
 Chlorali hydrati 0,5
 Sir. cerasorum ad 100,0
 MDS. Nach Vorschrift 10—30 ccm

Zum Klistier verordne man:

Sol. Urethani (6,0) 120,0
 DS. 40—60 ccm als Klistier.

Chloralhydrat ist sozusagen das Morphinum des Kindesalters; also bei allen schweren Erregungszuständen und Krämpfen anzuwenden. Die Differenz zwischen wirksamer und schädlicher Dose ist außerordentlich groß. Kontraindiziert wäre nur eine häufigere Verwendung mehrmals am Tage oder mehrere Tage hintereinander. Hier kann die mit Chloral erzielte Wirkung durch Urethan verlängert werden. Ferner soll bei allen Fällen von Atemangst das Urethan vorgezogen werden. Bei sogen. zyanotischen Krämpfen im Verlaufe einer schweren Bronchitis vermeide man es besser. Die Wirkung bei Krämpfen versagt bei manchen spasmophilen Kindern während des Keuchhustens. Hier liegt stets eine Meningitis serosa vor. Der Chloralschlaf tritt aber sofort nach Spinalpunktion ein. In Rücksicht auf die Magenschleimhaut wende man das Mittel nur per clyisma an. Per os braucht man etwa nur $\frac{2}{8}$, da man bei der Anwendung per clyisma mit Verlusten rechnen muß. Das Klysma halte man mindestens 10 Minuten fest. Die Wirkung tritt nach 30—40 Minuten ein. Ein Zusatz von Gummi arabicum verlangsamt den Eintritt des Schlafes. Ist nach 40 Minuten noch keine Wirkung eingetreten, oder ist etwas verloren gegangen, so kann man $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{8}$ der Dose noch einmal verabfolgen. Man halte sich das Mittel in 10%iger Lösung vorrätig und verdünne die einzuspritzende Menge mit der 2—3fachen Menge warmen Wassers. Bei spasmophilen Krämpfen im 4.—6. Lebensquartal kann man auch subkutan 1 ccm einer frisch bereiteten 10%igen Lösung von Luminal-Natrium verwenden. Man halte sich Pulver von 0,1—0,2 des Mittels vorrätig, messe sich mit der Pravaz-Spritze die zur Lösung nötige Flüssigkeitsmenge ab und kann sie durch Abkochen im Eßlöffel über der Flamme sterilisieren.

(Ther. Halbmhft. 1920 Nr 1.)

Ueber Erfahrungen mit Nirvanol. Von Dr. John Katzenstein (Aus der Heilanstalt „Waldhaus“ bei Nikolassee-Berlin).

Zusammenfassung. 1. Bei Kranken mit sehr starken Erregungszuständen ist Nirvanol geeignet, leichter und intensiver Beruhigung und Schlaf zu erzeugen als die gebräuchlichen Hypnotica.

¹⁾ Ausrufungszeichen ist nötig!!

2. Nirvanol schädigt in Dosen bis 1,3 g Herz und Nieren nicht, kann aber wohl ein Exanthem hervorbringen.

3. Nirvanol scheint auf epileptische Anfälle eine intensivere Wirkung auszuüben als die bisher angewandten Mittel.

(M. Kl. 1920 Nr. 6.)

„Grippephylaxin“ zur Anfangsbehandlung und als Prophylaktikum gegen Komplikationen schwerer Grippe. Von Dr. Armin Mayer in Frankenhausen (Kyffh.). Bei einer großen Zahl von Grippekranken konnte Verf. im Laufe der letzten Jahre die Beobachtung machen, daß die 2—3 Tage fortgesetzte Gabe von 3 mal täglich Phenazetin, Aspirin, Salipyrin aa 0,3—0,4 mit Morphinum 0,01—0,02 unter gleichzeitigem häufigen Gurgeln mit Wasserstoffsuperoxyd geradezu spezifisch wirkte. Es kam sehr bald unter starkem Schweißausbruch zu Entfieberung und Nachlaß der nervösen Symptome. Komplikationen traten überhaupt nicht auf, oder die anfangs vorhandenen Komplikationen (eine Rippenfellreizung, 2 Verdichtungen auf den Lungen, ein längeres Andauern nervöser schwerer Reizerscheinungen) wurden rasch günstig beeinflußt. Uebereinstimmend aber war bei allen Fällen das rasche Einsetzen der Besserung und vor allem die deutliche Abkürzung der Gesamtkrankheitsdauer auf nur 6—14 oder höchstens 20 Tage. Von besonders günstigem Einfluß auf die bronchitischen Erscheinungen erwies sich der Zusatz von Morphinum. Es mag nach der verhältnismäßig nur geringen Anzahl von Fällen eigentlich gewagt erscheinen, eine Art Statistik mit so kleinen Zahlen zu geben. Da jedoch jetzt die Preise des bisher als Pulver verordneten Rezeptes verhältnismäßig recht hohe sind, hat Verf. sich entschlossen, das Mittel billiger in Tablettenform herstellen zu lassen unter dem Namen „Grippephylaxin“ mit folgender Zusammensetzung:

Phenacetin

Acid. acetyl. salicyl.

Salipyrinersatz aa 0,15

Morph. mur. 0,005

Die Röhrchen enthalten je 15 Stück. Preis hierfür 3 Mk. Zu beziehen von der Hankelschen Apotheke in Frankenhausen (Kyffhäuser).

Für gewöhnlich genügt der Inhalt einer Röhre, bei 3 mal täglicher Gabe von 2 Tabletten, für den gewünschten Erfolg. Nur in Einzelfällen wird man gezwungen sein, eine zweite Röhre zu verordnen. Der anscheinend höhere Preis des Mittels wird ausgeglichen durch die, hohe Kosten ersparende, möglichste Verhütung von Komplikationen, die rasche Beeinflussung der schwereren Anfangssymptome

und die deutliche Abkürzung der Gesamtkrankheitsdauer; ganz abgesehen von der besonders günstigen Einwirkung auf das subjektive Befinden des sonst längerem und quälenderem Kranklager verfallenen Patienten. Es scheint daher das „Grippephylaxin“ bei richtiger Auswahl der Fälle auch für die Kassenpraxis besonders geeignet. Das „Grippephylaxin“ hat Verf. auch bei der in diesem Herbst einsetzenden Grippeepidemie angewandt, und zwar mit dem bisher mit dem Pulver erzielten guten Erfolge. Besonders hervortretend war in einigen Fällen die der alleinigen, relativ erfolglosen Gabe von Aspirin gegenüber erzielte deutliche Besserung durch Uebergang zu „Grippephylaxin“. (M. Kl. 1919 Nr. 52.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Vakzinetherapie der Säuglingsfurunkulose erwies sich in schweren Fällen im Kaiserin-Augusta-Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Berlin-Charlottenburg, nach einer Mitteilung von Dr. H. Langer als recht nützlich. Täglich Injektion von 500 bis 1000 Millionen Keimen (z. B. Opsonogen, blaue oder violette Ampulle, wo in 1 ccm 750 bzw. 1000 Millionen Bakterien) intramuskulär. Meist nur 2 bis 3 Injektionen erforderlich.

(Ther. Halbmhft. 1920 Nr. 5.)

Thigenol im Kampfe gegen die Furunkulose. Von F. Kuhn, Direktor des St. Norbert-Krankenhauses (Berlin-Schöneberg). Auf ein ganz besonderes Verwendungsgebiet des Thigenols sei im Folgenden aufmerksam gemacht: das ist die Verwendung desselben im Kampfe gegen die Furunkulose, sowohl bei der multiplen Furunkulose, bei der die Furunkel in kleiner Entwicklung über den ganzen Körper sich ausgedehnt haben, als bei chirurgischer Furunkulose und dem Karbunkel, der Anlaß zu größeren operativen Eingriffen gibt. In beiden Fällen ist das Thigenol das Prophylaktikum par excellence gegen die Weiterverbreitung und Weiterentwicklung dieser lästigen und unangenehmen Erkrankung. Jedermann, der Erfahrung über Furunkulose hat, sei es als Patient oder sei es als behandelnder Arzt, weiß, wie schwer es ist, die Nachbarschaft und selbst auch weiter entfernte Teile der Haut vor Neuerkrankung und Uebertragung der Furunkeln zu schützen, und wie leicht andere Partien der Haut trotz der größten Reinlichkeit und der vorsichtigsten Pflege sekundär erkranken. Waschungen mit Benzin und Alkohol und Zusätze zu diesen von allen möglichen Körpern (Sublimat, Jod, Salizyl) erweisen sich gelegentlich als ganz unzulänglich. Unter diesen Verhältnissen hat sich nun nicht nur bei Patienten, sondern auch bei einer Reihe zufällig erkrankter Aerzte das Thigenol prächtig bewährt: ein Anstrich und Aufstrich von Thigenol in der Umgebung

des Furunkels auf die Haut schützt diese gegen den infektiösen Eiter und gegen Befallenwerden von Furunkulose. Dabei hat das Thigenol die angenehme Eigenschaft, gut anzukleben und fest zu sitzen. (M. m. W. 1920 Nr. 11.)

Meine Erfahrungen mit Silbersalvarsan. Von Dr. Levy-Lenz (Berlin). Den zahlreich erschienenen Arbeiten über das neue Silbersalvarsanpräparat kann Verf. sich in lobendem Sinne anschließen. Primäre und sekundäre Erscheinungen gehen prompt zurück. Irgendwelche schädlichen Folgen oder beunruhigenden Symptome hat Verf. weder während noch nach der Einspritzung erlebt. Von den 70 Einspritzungen, die er gemacht hat, klagte nur ein einziger Patient, daß ihm „heiß im Kopf“ würde, aber auch das ging innerhalb weniger Minuten zurück. Was übrigens die durch die schwarze Farbe der Lösung hervorgerufene Schwierigkeit betrifft, festzustellen, ob man in der Vene ist oder nicht, so dürfte sie in Wirklichkeit wohl nicht so groß sein, wenn man nur aspiriert und dann in der Vergrößerung des Volumens der schwarzen Lösung (keine Luftblasen!) konstatiert, daß man Flüssigkeit ansaugt. Dies alles ist in anderen Arbeiten schon oft genug gesagt. Wenn Verf. trotzdem seine Erfahrung mit Silbersalvarsan der Öffentlichkeit übergibt, so hat das seinen Grund darin, daß er, abweichend von der Vorschrift und abweichend von der Methode der anderen Autoren, das Mittel angewandt hat. Die beiden Forderungen, nämlich auf 0,1 Silbersalvarsan 10 ccm Wasser zu nehmen, und zweitens, die Injektion tropfenweise vorzunehmen, sind in der Praxis nicht durchführbar. In der Klinik, wo zahlreiche Hilfskräfte vorhanden sind, in der kleinen Privatpraxis mag das gehen. Wenn man aber die 25 ccm Salvarsanlösung tropfenweise in die Ader einfließen lassen wollte, würde man bei großer Sprechstundenfrequenz mit der zur Verfügung stehenden Zeit nicht auskommen. Nachdem Verf. sich nach der Literatur und einigen wenigen Einspritzungen mit der ordnungsgemäßen Anwendung des Silbersalvarsans vertraut gemacht hatte, ging er dazu über, den Wasserzusatz zu vermindern, um die Einspritzungen schnell vorzunehmen. Er verfuhr in der Weise, daß er auf je 0,1 Silbersalvarsan 3 ccm Wasser nahm und diese Menge durch eine feine Kanüle mit dem üblichen Druck einspritzte. Auf diese Weise ist er in 62 Fällen verfahren und hat bis auf die eine genannte Kopfkongestion keine üblen Erscheinungen gesehen. Fieber hat er dreimal beobachtet, also ungefähr ebensohäufig, wie er es nach den sonstigen Salvarsaninjektionen zu sehen gewohnt ist. (D. m. W. 1919 Nr. 52.)

Terpichin bei entzündlichen Erkrankungen der Harnwege. Von Dr. med. Wilh. Karo (Berlin). In diesem Präparat besitzen

wir ein absolut entharztes und von Oxyden befreites Terpentinöl, dessen Wirkung durch Kombination mit Chinin gesteigert wird: Nachdem Verf. das Terpichin nunmehr über ein Jahr in seiner urologischen Praxis täglich anwendet, will er im Folgenden einen kurzen Ueberblick über seine mit dem Mittel erzielten Erfolge geben. Zunächst ein Wort über die Technik der Methode: Terpichin muß intraglütäal eingespritzt werden. Durch zahlreiche Kontrollversuche hat Verf. sich davon überzeugt, daß es ziemlich gleichgültig ist, an welcher Stelle das Mittel in die Glutäen eingespritzt wird, ebenso ist die Tiefe gleichgültig, nur muß unter allen Umständen vermieden werden, daß das Mittel direkt in die Blutbahn gelangt. Es empfiehlt sich daher, wie bei den Quecksilberinjektionen, nach Einstechen der Nadel die Spritze abzunehmen, um zu sehen, ob etwa aus der Kanüle Blut tropft. Nach der Injektion wird die Injektionsstelle leicht massiert. Gewöhnlich gibt Verf. wöchentlich zwei Injektionen. Wird eine schnellere und intensivere Wirkung erstrebt, so können die Einspritzungen jeden zweiten Tag vorgenommen werden. Bei klinischen Kranken hat Verf. unter besonderen Bedingungen auch täglich injiziert. Verf. hat das Terpichin bei allen entzündlichen Erkrankungen der Harnorgane angewendet. Obwohl weit über 1000 Einspritzungen gemacht wurden, hat er nie eine nennenswerte unangenehme Komplikation beobachten können. Nur ganz vereinzelt wird gelegentlich über ein vorübergehendes dumpfes Schmerzgefühl an der Injektionsstelle geklagt. Ganz auffallend ist die günstige Wirkung des Terpichins auf das Allgemeinbefinden der Kranken, und zwar handelt es sich nicht nur um eine schmerzstillende Wirkung, sondern vielmehr auch um eine allgemeine Kräftigung, die besonders auffällig bei veralteten Fällen von mit Adnexerkrankung komplizierter Gonorrhoe schon nach wenigen Injektionen eintritt. Gleichzeitig können wir in allen Fällen eine Hyperleukozytose im Anschluß an die Terpichininjektionen konstatieren. Das Krankenmaterial umfaßt zunächst viele hunderte Fälle von Gonorrhoe aller Grade mit und ohne Komplikationen, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Bei dieser Kategorie von Kranken wurde das Terpichin neben der allgemein üblichen lokalen und internen Therapie angewandt. Die lokale Behandlung richtet sich nach dem individuellen Fall, sie ist eine rein antiseptische. Als interne Therapie verwendet Verf. ausschließlich Buccosperin (Dr. Reiß), und zwar in Form von Tabletten. Hier mag der Hinweis genügen, daß durch Terpichin der Verlauf der Gonorrhoe wesentlich abgekürzt und das Auftreten von Komplikationen verhindert wird. Bereits bestehende Komplikationen, wie Epididymitis, Prostatitis, Spermatozystitis, Bartholinitis usw., werden in kurzer

Zeit günstig beeinflußt. Ganz besonders möchte Verf. erwähnen, daß auch die Polyarthrititis gonorrhoeica in fast spezifischer Weise auf die Terpichineinspritzungen reagiert. Verf. hat einige zum Teil recht schwere Fälle lediglich durch Terpichin in kurzer Zeit sich völlig zurückbilden sehen. Selbst vorgeschrittene Fälle speziell von Cowperitis sah er unter dem Einfluß des Terpichins in relativ kurzer Zeit sich völlig zurückbilden. Von den nicht gonorrhoeischen Erkrankungen der Harnorgane sind es besonders die durch Koli-bazillen und Staphylokokken bedingten Pyelitiden mit sekundärer Blasenreizung, die ein dankbares Feld für die Anwendung des Terpichins abgeben. Auch in Fällen von Staphylokokkeninfektion der Harnwege hat Verf. ähnlich gute Resultate erzielt. Ebenso bei der Kolizystitis der Kinder, hingegen verhalten sich die Fälle von reiner Bakteriurie gegen die Terpichininjektionen refraktär. Sehr günstige Erfolge mit Terpichin hat Verf. bei der Cystitis der Prostatiker erzielt, und zwar sowohl in objektiver Hinsicht (Klärung des Harns) als auch in subjektiver Hinsicht, indem nämlich die Kranken sich unter dem Einfluß des Terpichins auffallend rasch erholten, an Körpergewicht zunahmen, sich allgemein kräftiger fühlten. Aehnlich gute Erfolge hat er in vereinzelten Fällen von hartnäckiger Blasentuberkulose erzielt. Jedem Urologen sind ja derartige Fälle bekannt, die noch viele Jahre nach der Entfernung der tuberkulösen Niere, selbst wenn die zweite Niere gesund ist, dem Kranken durch Tenesmen und ständige Schmerzen in der Blase die Lebensfreude nehmen. Bekanntlich versagt in solchen Fällen meist jede lokale Therapie, ja meist werden die Beschwerden durch instrumentelle Eingriffe nur verschlimmert. Solche Fälle bieten oft die besten Chancen für eine Beeinflussung durch Terpichin. Wenn auch nicht in allen Fällen ein restloser Erfolg zu erzielen war, so ließ sich doch stets ein wesentliches Nachlassen der subjektiven Beschwerden erreichen, oft auch eine beträchtliche Zunahme der Blasenkapazität, die sich in größeren Abständen zwischen den einzelnen Miktionen zu erkennen gab. Auch wurde der Harn oft wesentlich klarer. Auch in diesen Fällen leisteten die Buccosperintabletten durch Anregung der Diurese wesentliche Dienste. Fälle, die auf Tuberkulin nicht mehr reagierten, zeigten nach Terpichin wesentliche Besserung, freilich hat Verf. auch gelegentlich einmal das Umgekehrte gesehen. Immerhin möchte Verf. bei der sonstigen Machtlosigkeit unserer Therapie in jedem hartnäckigen Fall einen Versuch mit Terpichin empfehlen, denn zum mindesten erreichen wir hiermit eine Besserung des Allgemeinbefindens. Auch in den schwersten Fällen von Tuberkulose der Harnwege wird Terpichin gut vertragen.

(Ther. d. Gegenw. 1920 Nr. 3.)

d) Augenkrankheiten.

Behandlung der gonorrhöischen Augeneiterung der Neugeborenen mit Airol, eine einfache und zuverlässige Methode für den Praktiker. Von Dr. Edwin Gallus, Augenarzt (Bonn). Verf. verfährt folgendermaßen: Nach gründlicher Reinigung der Augen werden beide Lider ektropioniert und in dieser Stellung wird mit Hilfe eines Glasspatels ein Häufchen Airol aufgeschüttet. Hat sich das Pulver in einen Brei verwandelt, dann läßt man die Lider langsam in ihre Stellung zurückgehen. Die Eltern werden über die Gefahren der Erkrankung für Kinder und Erwachsene belehrt. Ihre Tätigkeit zu Hause soll sich lediglich darauf beschränken, mit einem feuchten Wattebausch alles Sekret, das sich in der Lidspalte zeigt, baldigst (vor dem Eintrocknen!) zu entfernen, die gebrauchten Tupfer sofort zu verbrennen und nach Berührung mit dem Patienten die Hände sorgfältigst zu reinigen. Der Fall wird auf den nächsten Tag wiederbestellt und die geschilderte Prozedur nach Bedarf, jedenfalls nur einmal täglich, wiederholt. Wie gestaltet sich nun der Verlauf? Selbst in den schwersten Fällen lassen Schwellung und Sekretion in einer Weise nach, wie Verf. sie bei den früheren Behandlungsmethoden niemals sah. In den meisten Fällen werden bereits am 3. Behandlungstage, auch wohl schon gelegentlich am 2., die Augen spontan geöffnet! Zuweilen dauert es bis zur Oeffnung der Augen 1—2 Tage länger. Es sind dies besonders die Fälle, die relativ spät in Behandlung kamen. Am 4. Behandlungstage waren die Augen aber spätestens offen. Mit dem Eintreten dieses günstigen Umstandes wird aber sicherlich die Gefahr des Uebergreifens der Erkrankung auf die Hornhaut wesentlich verringert. Uebrigens sah Verf. niemals diese Komplikation während der Behandlung dazutreten. Nach 4—5 Tagen haben Schwellung und Sekretion derart nachgelassen, daß die Behandlung meist schon einen Tag ausgesetzt werden kann, dann erfolgt die Behandlung noch seltener mit Ueberschlagen mehrerer Tage, und nach spätestens 14 Tagen kann man den Krankheitsprozeß gewöhnlich als abgelaufen ansehen, wenn Verf. sich die Kinder auch noch gelegentlich wiederbestellt, um sich von der definitiven Heilung zu überzeugen. Nur 2 mal beobachtete Verf. bei dieser Gelegenheit ein unwesentliches Auftreten erneuter Sekretion. Sie wurden beide durch einmalige erneute Einbringung von Airol kupiert. Besonders betonen möchte Verf., daß er im Gegensatz zu Bernheimer, der nach Sistieren der Absonderung und zur Verhütung von Rückfällen das Airol gelegentlich später durch Argentum ersetzte, seine Fälle von Anfang bis zum Ende mit Airol behandelt hat, und zwar

kommt lediglich die Applikation in Form von Pulver in Betracht, während das Mittel in Form von Salbe sich als völlig unwirksam erwies zur Bekämpfung des floriden Stadiums. Nur bei Gelegenheit der Nachuntersuchungen nach erfolgter Heilung hat Verf. — ut aliquid fiat — Airolsalbe eingestrichen.

(M. m. W. 1919 Nr. 40.)

Allgemeine und lokale Bestrahlung mit ultravioletttem Licht bei skrofulösen Augenleiden. Von Dr. Arnold Passow (Aus der Universitäts-Augenklinik in München).

1. In den meisten Fällen von Augenskrofulose wird man mit der allgemeinen Quarzlichtbestrahlung, gleichgültig ob bei geöffneten oder geschlossenen Augen (Abstand zirka 60 cm), schnelle Heilung erzielen.

2. Handelt es sich lediglich um zirkumskripte, auf das Auge und Augenlid lokalisierte entzündliche Prozesse, so ist die lokale Uviollichtbestrahlung bei geöffneten Augen (Abstand zirka 15 cm) indiziert.

3. Ist die eine dieser Methoden nicht ausreichend oder nachhaltig, so wende man die andere an oder kombiniere beide. Die einfachste Kombinationsmethode ist die schon bei 1 erwähnte gleichzeitige Quarzlichtbestrahlung des ganzen Körpers und der geöffneten Augen in einem Abstand von zirka 60 cm. Ob neben der hierdurch erzielten Allgemeinwirkung auch eine Lokalwirkung auf das Auge besteht, die etwa der von Verf erprobten Methode 2 gleichwertig ist, vermag Verf. auf Grund der vorgenommenen Bestrahlungen nicht zu entscheiden.

(M. Kl. 1919 Nr. 51.)

Lenireninsalbe in der Augenheilkunde. Von Geh. San.-Rat Dr. Wolffberg (Breslau). Das von der Rheumasan- und Lenicetfabrik Dr. Reiß (Charlottenburg-Wien) hergestellte Lenirenin konnte Verf. als ein staubfeines, desinfizierendes, anämisierendes, adstringierendes Pulver bezeichnen, welches dem Kalomel und Jodoform in der Augenbehandlung an Heilkraft mindestens gleichwertig, aber dadurch überlegen ist, daß es niemals schädliche Wirkung entfaltet. Da nun von der gleichen Fabrik eine Lenireninsalbe herausgegeben wurde, und zwar in Tuben mit der Aufschrift „schmerzstillende Salbe, besonders für die Schleimhäute und die kleine Chirurgie“, so lag es nahe, auch diese Salbe auf ihren eventuellen Wert für die Augenheilkunde zu erproben. Sie enthält 10 % Lenirenin, also auf 100 g Salbe unter anderem 0,1 Kokain, 0,1 Novocain und 0,0004 krystallisierte Nebennierensubstanz. Was Verf. bei Besprechung des Lenireninpulvers bezüglich der gegenseitigen Steigerung von Kokain und der krystallisierten Nebennierensubstanz betonte, kann auch für die

Lenireninsalbe Gültigkeit beanspruchen und sei hier wiederholt: Nebennierenpräparate in kaum noch anämisierender Verdünnung gewinnen durch den Zusatz minimaler Kokainmengen bedeutend an anämisierender Kraft und umgekehrt die minimalen Kokainmengen an anästhesierender. Faßt man alle die Wirkungen, welche der Lenireninsalbe zukommen, zusammen, nämlich die desinfizierende, anämisierende, anästhesierende und adstringierende, so dürfte es kaum ein für Salbenbehandlung zugängliches Leiden am Auge geben, bei welchem Lenireninsalbe nicht zum mindesten als Adjuvans willkommen wäre; in diesem Sinne kann man sie, ohne auf Widerspruch zu stoßen, als Universalaugensalbe bezeichnen. Sie wird geradeso, wie Verf. es vom Lenireninpulver sagte, einzelne Augenleiden heilen, sehr viele mildern, niemals Schaden stiften. Aber, wie gesagt, es muß sich um ein für Salbenbehandlung zugängliches Leiden handeln. Gerade bei Behandlung Augenleidender kann es dem weniger Erfahrenen leicht passieren, daß die Patienten durch die Behandlung mehr belästigt werden als durch ihr relativ leichtes, rein äußerliches Leiden. Wird solchen Patienten während der Sprechstunde Salbe in die Lidränder eingerieben — und mag es die reizloseste, selbst Lenireninsalbe sein —, so wird die Freiheit der Wimpern, die Leichtigkeit des Lidschlages gestört; auch tritt leicht Störung des Sehens durch in die Lidspalte unvermeidlich geratene Fettteilchen auf. Etwas dreister kann man vorgehen, wenn die durch das Leiden verursachten Beschwerden erheblichere sind, wie z. B. bei Blepharitis ulcerosa. Für jede mit Krustenbildung verbundene Blepharitis ist die Lenireninsalbe ein ausgezeichnetes Adjuvans. Die erste Aufgabe des Arztes in solchen Fällen ist, für Entfernung der Krusten zu sorgen und diese Aufgabe möglichst leicht, schnell und schmerzlos in der Sprechstunde selbst zu erledigen. Das Epilieren einzelner Wimpern erleichtert zwar gelegentlich diese Aufgabe, doch haben viele Patienten einen Horror davor. Der Perhydritstift bewirkt unter Bildung von Schaum sofortige Abhebung der Krusten, wenn man ihn vom intermarginalen Saum aus unter die Krustenränder vorzuschieben sucht; dieses Vorgehen ist aber schmerzhaft, es wird wirksamer und zugleich schmerzlos, wenn man die Ränder oder Teile des Randes, auf welche es ankommt, vorher kräftig mit Lenireninsalbe einreibt und erst dann zum Perhydritstift greift; die Salbe ist keineswegs der Perhydritwirkung hinderlich. Sind Epilationen nicht zu umgehen, so ist darauf folgende Einreibung mit Lenireninsalbe schmerzlindernd. Bei Verbrennungen und Verätzungen der Lider hat Verf. die Lenireninsalbe mehrfach mit zweifellosem Erfolg angewandt. Es handelte sich um Verbrennungen mit Brennschere, um Verätzungen

mit Schwefelsäure und Aetznatron. Um der Lenireninsalbe in solchen Fällen eine länger dauernde Einwirkung zu sichern, legt man auf die bereits eingeriebene Stelle noch ein mit der Salbe bestrichenes Mull-, Lint- oder Leinwandläppchen und befestigt es mit einer einfachen Bidentour. Hat die Verätzung oder Verbrennung zugleich die Bindehaut oder Hornhaut beteiligt, so streicht man die Lenireninsalbe auch in den Bindehautsack. Zu Hause kann der Patient nach Bedürfnis den Verband wechseln und sich selbst der Salbe bedienen. Von den Bindehauterkrankungen, bei welchen sich die Lenireninsalbe besonders empfiehlt, ist vor allem die Conjunctivitis crupposa und das Trachom zu nennen; nach der Ausrollung der Körner oder nach dem Tuschieren mit dem Cuprumstift trägt Verf. regelmäßig etwas Lenireninsalbe mit dem Glasstäbchen auf die trachomatöse Bindehaut auf und scheut sich nicht, mit dem Finger direkt die Salbe massierend zu verreiben. Der sonst besonders nach dem Tuschieren heftige Schmerz wird wesentlich abgekürzt und verringert. Die Hornhaut betreffend, so hat sich die Lenireninsalbe besonders nach schwierigerer Entfernung von eingedrungenen Fremdkörpern und bei traumatischer Erosion und deren Rezidiven bewährt. Auch in Fällen von durch Hornhautaffektionen bedingtem Blepharospasmus ist die Salbe als Adjuvans von erheblichem Nutzen. Es sind hier nur einige wesentliche Indikationen für die Anwendung der Lenireninsalbe herausgegriffen. Da sie in gewissem Sinne eine indifferente Salbe ist, wird sie als Adjuvans bei zahlreichen äußeren Augenaffektionen in Betracht kommen, und es ist dem Ophthalmologen nur angelegentlichst zu empfehlen, sie stets in der Sprechstunde zur Hand zu haben. Auch zur Verordnung für häusliche Behandlung durch den Patienten selbst wird sich häufig genug Gelegenheit bieten.

(M. Kl. 1920 Nr. 16.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Grätzer in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 14.- ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

29. Jahrgang

Nr. 11.

August 1920

Aetiologisches.

Aetiologie der Urticaria papulosa infantum (Strophulus).
Von Geh. S.-R. Dr. J. Schütz (Frankfurt a. M.). An Hand seiner über lange Jahre geführten Notizen ist Verf. Folgendes aufgefallen:

1. Die große Häufigkeit des gleichzeitigen Bestehens von Strophulus und Oxyuren.

2. Daß zahlreiche Strophuluspatienten zu anderer Zeit, vorher oder nachher, an Oxyuren von ihm behandelt worden sind.

3. Daß die Erkrankungen an Oxyuren in ganz ähnlicher Weise wie der Strophulus an Häufigkeit, speziell auch seit dem Kriege, zugenommen haben.

4. Daß auch die Oxyurenkrankung vorwiegend an dasselbe Lebensalter sich hält wie der Strophulus, ebenso daß beide das schubweise Auftreten zu gewissen Jahreszeiten gemeinsam haben.

5. Nachdem dies alles erkannt war, und dementsprechend die Beobachtung schärfer und die Anamnese eindringlicher wurde, konnte fast stets den Strophuluspatienten das Vorhandensein der Würmer, von dem sie meist keine Ahnung hatten, sofort gesagt werden. Diese fanden dann nach entsprechenden Treibmitteln sich alsbald im Stuhl.

6. War dann die Therapie gegen die Oxyuren gleichzeitig auch gegen das Jucken am Körper bei Strophuluspatienten wirksam.

Hieraus folgt, daß die Aetiologie des Strophulus in hohem Grade, jedenfalls viel intensiver, als man bisher anzunehmen in der Lage war, von der Anwesenheit der Oxyuren abhängt.

(M. m. W. 1920 Nr. 10.)

Ein Beitrag zur Entstehung des Fiebers im Wochenbett.

Von Dr. Carl Neis (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Gießen). Es handelte sich um ein nur wenige Tage anhaltendes, mäßig hohes Wochenbettfieber. Man beobachtet ja häufig im Verlaufe

des Wochenbettes kurzdauernde Fieberperioden, ohne mit Sicherheit die Ursache im Bereich des Genitales zu finden. Dann hilft man sich mit mehr oder minder fundierten Annahmen. Ein Schnupfen, etwas Husten, vielleicht auch sonstige interkurrente Erkrankungen, wie eine geringe Bronchitis oder Tracheitis, sollen schuld daran sein. Und doch findet man diese „Erkältungs“-Krankheiten auch ohne irgendwelchen Temperaturanstieg relativ häufig bei Wöchnerinnen. Denn die bei dem Geburtsakt unvermeidliche Abkühlung des Körpers durch Entblößung und Benässung hat sehr oft einen kleinen vorübergehenden Katarrh der oberen Luftwege zur Folge, zu dem die Wöchnerin durch die Schwangerschaftsveränderungen der Schleimhaut der Luftwege (Hyperämie, Sukkulenz, leichte Desquamation) besonders disponiert ist, sobald eine Gelegenheit zur Infektion da ist. In der Jetztzeit wird man auch gern an eine leichte, vorübergehende Grippe denken, wenn kein einwandfreier Genitalbefund vorliegt. Gerade der vorliegende Fall aber zeigt, daß man sich nicht mit mehr oder weniger gestützten Verlegenheitsdiagnosen begnügen soll, selbst wenn der Genitalbefund vollkommen normal erscheint, sondern alle Hilfsmittel erschöpfen muß, um zu einer sicheren Diagnose zu kommen. In diesem Falle brachte erst die bakteriologische Untersuchung, und zwar die mehrmals und erschöpfend vorgenommene, Klarheit. Es scheint deshalb ratsam, in ähnlich unklaren Fällen in der gleichen Weise vorzugehen. Es handelte sich um eine 21jährige I-para, die am 14. 1. 1920 als Hausschwangere zur Aufnahme und am 20. 2. 1920 zur Entbindung kam. Der Aufnahmebefund ergab keinerlei krankhafte Veränderungen. Am 20. 2. 1920 fand die Spontangeburt statt. Eine vaginale Exploration war nicht vorgenommen worden. Auffallend war nur bei dem sonst ganz normalen Geburtsverlauf, daß das Kind an den Lippen, den Wangen, der Brust und dem Skrotum zahlreiche, bis stecknadelkopfgroße Eiterpusteln und eben solche Narben am Körper hatte. Zudem bestand eine linksseitige Fazialisparese. Diese hinderte das Kind am 1. Tage etwas am Trinken, war aber bereits am 2. Tage behoben. Auch die Pusteln waren bereits am Tage nach der Geburt fast vollständig verschwunden. Die Mutter fühlte sich vollständig wohl. Am 3. Wochenbettstage wurden die Lochien fötid, Temperatur betrug morgens 36,3°, abends 38,8°. Uterus und Adnexe waren auch bei starkem Druck nicht empfindlich. Am 4. Wochenbettstage Temperatur 37,4—38,7°. Daraufhin erhielt Pat. abends 7 h 0,2 Argochrom intravenös. Eine Reaktion trat nicht ein. Am 5. und 6. Wochenbettstage hielt sich die Temperatur konstant auf 37,7—37,8°, der Puls 90—100. Die Organe des kleinen Beckens waren dauernd auf Druck unempfindlich. Die fötiden Lochien wurden rein eitrig. Am

5. Tage bestanden leichte Kopf- und Rückenschmerzen. Am 7. Wochenbettstage betrug die Temperatur 37,8—39°. Dabei war Pat. vollkommen beschwerdefrei, nur eine ganz leichte Somnolenz fiel auf. Am 8., 9. und 10. Wochenbettstage fiel die Temperatur lytisch zur Norm ab, nachdem am 7. Wochenbettstage abends starker Schweißausbruch stattgefunden hatte. Wassermannsche Reaktion negativ. Auffallend war, daß keine Schüttelfröste aufgetreten waren, sondern nur ein einmaliger starker Schweißausbruch, daß ferner die Temperaturkurve nicht septisch, sondern mehr kontinuierlich verlief, so daß an Grippe, Typhus oder Paratyphus gedacht wurde, um so mehr, als in 2 Zervixabstrichen nur Döderleinsche Scheidenstäbchen, dagegen keinerlei pathogene Keime gefunden wurden. Um so überraschender war das Ergebnis der am 7. Wochenbettstage angelegten Blutkultur. Es wurde nämlich eine Reinkultur von obligat anaeroben Staphylokokken mit sofortiger starker Hämolyse gezüchtet. Zweimalige Zervixabstriche hatten also keine pathogenen Keime ergeben, und man neigte schon dazu, das mäßige Fieber auf eine interkurrente Erkrankung zurückzuführen. Und zwar dachte man an Grippe mit einer durch den Grippeerreger hervorgerufenen Endometritis. Trotzdem wurde vorsichtshalber die Blutkultur angelegt, die mit einem Schlage die Sachlage klärte. Nun aber erhob sich die Frage, wie kamen diese Keime ins Blut? Es wurde nochmals ein Zervixabstrich gemacht, und ebenso Abstriche aus der Vagina und von den Halsorganen. Nirgends fanden sich aber obligat anaerobe, hämolysierende Staphylokokken. Zwar wuchsen auf dem Tonsillenabstrich ebenfalls Staphylokokken; aber sie waren nur fakultativ anaerob und nicht hämolytisch, auch in sonstigen Eigenschaften, in Farbe, Größe, Wachstum nicht übereinstimmend, also biologisch ganz verschieden von den aus dem Blute gezüchteten. Das legte den Gedanken nahe, ob die Erreger nicht aus dem Uteruskavum selbst stammten. Einen Kavumabstrich zu machen und bakteriologisch zu verarbeiten, war leider versäumt worden, so daß diese Frage ungeklärt bleibt. Immerhin sprechen manche Gründe dafür, daß die Keime tatsächlich im Hohlmuskelraum vorhanden waren und von hier in die Blutbahn gelangten. Als auffallend wurde schon erwähnt, daß die Haut des Kindes an verschiedenen Stellen Eiterpusteln zeigte, die bereits am 2. Tage völlig verschwunden waren. Eine bakteriologische Untersuchung ihres Inhalts wurde nicht vorgenommen, da sie als harmlos angesprochen wurden. Aber wäre nicht die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, daß sie durch obligat anaerobe Keime hervorgerufen wurden, die im abgeschlossenen Uterus sich gut weiterentwickeln konnten, jedoch extrauterin unter dem Einfluß der äußeren Luft so überraschend schnell zum Verschwinden kamen? Das Auftreten

des Fiebers am 3. Tage entspricht ja einer schon von alters her gemachten Beobachtung. Da in diesen Tagen die Abstoßung der nekrotisierten Schleimhautpartien erfolgt, bieten sich dem Eindringen pathogener Keime die günstigsten Bedingungen. Nehmen wir an, daß die Bakterien tatsächlich aus dem Uteruskavum in die Blutbahn gelangten, dann besteht die Forderung zu Recht, in allen verdächtigen Fällen auch einen Abstrich des Uteruskavums zu machen und ihn der bakteriologischen Untersuchung zu unterziehen. Interessant ist es, daß keine septischen Temperaturen, keine Schüttelfröste auftraten, und daß der klinische Verlauf ein so günstiger war, obwohl eine Bakteriämie von virulenten Keimen bestand. Das spricht dafür, daß es sich um eine endogene Infektion handelte, d. h. um eine Infektion mit Keimen, die schon saprophytisch im Körper lebten, bevor sie in die Blutbahn gelangten. Es verlaufen endogene Infektionen meist leichter als ektogene, und zwar dürfte dies etwa folgendermaßen zu erklären sein: Gegenüber den Toxinen, die von den saprophytisch an irgendeiner Stelle lebenden Keimen dem Körper mitgeteilt werden, bildet er eine gewisse Menge Schutzstoffe, Antigene. Gelangen nun die pathogenen Keime durch irgendein Trauma in den Kreislauf, dann sind die Körperzellen schon auf die Bereitung des spezifischen Immunkörpers eingestellt, und es gelingt ihnen leichter, der Eindringlinge Herr zu werden, als wenn sie sich völlig unvorbereitet einem Feinde gegenübersehen. Daher vor allem auch das Fehlen der stürmischen Reaktionserscheinungen — hohes Fieber und Schüttelfröste —, wie sie eine ektogene Infektion zu begleiten pflegen. Schließlich spricht noch gegen eine Infektion von außen der obligate Anaërobismus der gezüchteten Staphylokokken. Keime, die aus der freien Umwelt eingebracht werden, wären wahrscheinlich doch nur fakultativ anaërob. Und nicht zuletzt, eine vaginale Untersuchung hat überhaupt nicht stattgefunden. Aus der Betrachtung des vorliegenden Falles ergeben sich also folgende Forderungen: Bei unklarer Aetiologie eines im Verlauf des Wochenbettes auftretenden Fiebers denke man stets an eine Sepsis auf endogener Basis und stelle eine bakteriologische Blutuntersuchung an, und zwar auf aërobe und anaërobe Keime. Ferner versäume man nicht, auch einen Abstrich aus dem Uteruskavum selbst zu machen.

(Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 24.)

Krankheitsbilder.

Ueber Durchfälle des Kleinkindes. Von Prof. Dr. Albert Niemann. (Aus dem Säuglingsheim Berlin-Halensee). Um die Wende des Säuglingsalters, also etwa vom 4. Lebensquartal an, ändern

sich die Anforderungen, welche das Kind an die Ernährung stellt, in grundlegender Weise. Wir haben es gelernt, diesen Anforderungen Rechnung zu tragen, und verstehen es heute, durch eine zweckmäßige Einschränkung der Milch, durch rechtzeitigen Uebergang zu konsistenterer, gemischter Kost die Nahrung so zu gestalten, wie sie der Säugling in dieser Lebenszeit braucht. Aber auch die Ernährungsstörungen nehmen jetzt einen Charakter an, der sie von denen der eben abgelaufenen eigentlichen Säuglingsperiode recht wesentlich unterscheidet; und hieraus ergeben sich gewisse Forderungen für die Therapie dieser Zustände, die darin gipfeln, daß wir auch aus therapeutischen Gründen nicht zu den Prinzipien zurückkehren dürfen, nach denen wir die Ernährungsstörungen der Säuglinge behandeln, sondern daß wir das Kind schon sehr früh, ziemlich lange vor Ablauf des ersten Lebensjahres, dem „älteren Kinde“ gleichzustellen haben. Wie wir die normale Ernährung schon jetzt der des älteren Kindes annähern, ebenso hat dies auch mit der Ernährungstherapie zu geschehen. Dieser letzteren Forderung wird indessen noch keineswegs allgemein und in genügendem Maße entsprochen. Verf. hält es deshalb für nützlich, an der Hand von 3 Fällen, die jüngst in seiner Anstalt zur Beobachtung kamen, auf die besonderen Verhältnisse hinzuweisen, die um die Wende des Säuglingsalters obwalten.

Fall 1. Kind Heinz v. W. kam mit 3 Wochen in die Anstalt und zeigte von Anfang an eine starke Irritabilität des Darmes, die sich in Neigung zu dünnen, schleimigen Stühlen äußerte, bei Ernährung sowohl mit den gewöhnlichen Milchmischungen als auch mit Buttermehlnahrung. Das Kind war nur mit Frauenmilch-Buttermilch, dann mit Eiweißmilch zum Gedeihen zu bringen. Später zeigten sich Symptome der exsudativen Diathese (Milchschorf und Gneis). Im 7. Lebensmonat gelang indes der Uebergang zu der für dieses Alter normalen Kost (1 mal 200 g $\frac{1}{2}$ -Milch mit Zucker, 2 mal Grießbrei mit Milch, 1 mal Gemüse), bei der das Kind weiter ohne Störung gedieh. Mit 9 Monaten (Gewicht 6800 g) traten anlässlich eines leichten parenteralen Infektes Durchfälle und Gewichtsabnahme ein, die sich auch nach Aussetzen des Gemüses nicht besserten und zu einer dreitägigen Schleimdiät zwangen. Hiernach erwies es sich nun als unmöglich, dem Kinde wieder Kuhmilch beizubringen. Der Zustand besserte sich schnell bei folgender Ernährung: 1 mal Schleim mit etwas Quark, 1 mal Eiweißmilch, 1 mal Eiweißmilch-Grießbrei, 1 mal Gemüse. Als aber 4 Wochen nach der Erkrankung versucht wurde, wieder einen Grießbrei mit $\frac{1}{2}$ -Kuhmilch zu geben, traten sofort wieder Durchfall und Gewichtssturz ein, wobei das Kind in auffälliger Weise verfallen aussah. Der Zustand besserte sich nach Aussetzen der

Kuhmilch sofort, ohne daß die Nahrung sonst verändert werden mußte. Jetzt, im 12. Lebensmonat, verträgt das Kind noch immer keine Kuhmilch, hat aber gute Stühle und gedeiht bei folgender Kost: 1 mal 200 g Schleim mit Quark, 1 mal 200 g Eiweißmilch-Grießbrei, 2 mal Gemüsebrei mit Kartoffeln und ab und zu etwas feinpüriertem Fleisch.

Fall 2. Kind Eva-Maria J. kam 3 Wochen alt in die Anstalt und gedieh bei den gewöhnlichen Milchmodungen gut, entwickelte sich aber zu einem etwas pastösen Habitus und war immer sehr blaß. Im 9. Monat traten Durchfälle auf, für die ein besonderer Anlaß nicht zu erkennen war. Dreitägige Schleimdiät. Hiernach, wie in Fall 1, eine außerordentliche Ueberempfindlichkeit gegen Kuhmilch. Bei folgender Ernährung: Schleim mit Quark, Eiweißmilch, Eiweißmilch-Grießbrei und nach wenigen Tagen auch wieder Gemüse, nahm das Kind zu und hatte gute Stühle. Als Verf. aber 14 Tage nach der Erkrankung versuchte, morgens statt des Schleimes eine $\frac{1}{8}$ -Milch zu geben, hatte diese Dosis von 60 g Milch erneute Durchfälle zur Folge, die von starker Gewichtsabnahme begleitet waren, wobei auch dieses Kind sehr verfiel. Nach Aussetzen der Kuhmilch sofortige Besserung, ohne sonstige Aenderung der Diät. Das Kind verträgt jetzt, im 11. Lebensmonat, folgende Kost: 1 mal Schleim, 1 mal Eiweißmilch-Grießbrei, 1 mal Gemüse mit Kartoffeln, 1 mal Zwiebackbrei mit Apfelpurée, aber vorläufig noch keine Kuhmilch.

Fall 3. Kind Werner W. kam 14 Tage alt in die Anstalt und gedieh ohne Störung erst bei der Buttermehlnahrung, dann bei den gewöhnlichen Milchmodungen, denen vom 6. Monat ab auch Grießbrei hinzugefügt wurde. Im 8. Lebensmonat bekam es Durchfall, der sich nach zweitägiger Schleimdiät besserte, sofort aber neu begann und zu starkem Gewichtsverlust führte, als auch nur kleine Mengen von Kuhmilch verabreicht wurden. Erst bei einer Diät, die aus Schleim mit Quark, Eiweißmilch, Eiweißmilch-Grießbrei bestand, hörte der Durchfall auf und hob sich das Gewicht wieder. Verf. konnte bald auch feinpüriertes Gemüse zulegen, erlebte jedoch noch 4 Wochen nach der Erkrankung einen Rückfall mit starker Gewichtsabnahme, als eine Grießbreimahlzeit mit $\frac{1}{8}$ -Kuhmilch statt mit Eiweißmilch zubereitet wurde. Erst nach weiteren 4 Wochen konnte Verf. dieses Experiment mit Erfolg ausführen. Gemüse wurde in der ganzen Zeit sogar 2 mal täglich vertragen.

Das Bemerkenswerte in diesen Fällen ist die überaus große Empfindlichkeit gegen Kuhmilch, die von diesen Kindern am Ende des 3. Lebensquartals erworben wurde anlässlich einer an sich ganz leichten akuten Ernährungsstörung, die sich durch kurz-

dauernde Schleimdiät beheben ließ, und nach der die Kinder jede andere Nahrung, auch Gemüse und gekochtes Obst, vertrugen, nur keine Kuhmilch, auch nicht in kleinster Menge. Man kann hier, wenn man will, von einer erworbenen „Kuhmilch-Idiosynkrasie“ sprechen, die freilich nichts mit der Artfremdheit der Nahrung oder gar mit Anaphylaxie zu tun hat, denn die Kinder haben ja andere artfremde Nahrung vertragen. Es handelt sich offenbar um eine Ueberempfindlichkeit gegen gewisse Reize, welche die Kuhmilch im Darne ausübt. In Fall 2 und 3 war diese Ueberempfindlichkeit besonders auffällig, weil die Kinder ja vorher Kuhmilch gut vertragen und keine Zeichen abnormer Irritabilität des Darmes dargeboten hatten. Aber auch in Fall 1, wo eine solche sich von Anfang an nachweisen ließ, war ja später die Kuhmilch vertragen worden. Welcher Art der Reiz ist, der in solchen Fällen von der Kuhmilch ausgeübt wird, das kann aus der günstigen Wirkung der Eiweißmilch erschlossen werden. Um eine schädliche Wirkung der Molke kann es sich wohl kaum handeln, denn in der Eiweißmilch erhielten die Kinder ja viel mehr Molkenbestandteile als in der geringen Menge von Kuhmilch (in Fall 2 nur 60 g), die angeboten und nicht vertragen wurde, enthalten waren. Es muß sich offenbar um jenen Reiz handeln, der in der Eiweißmilch durch die Vermehrung des Eiweiß- und Kalkanteils (Parakaseinkalzium) paralysiert wird, und den wir wohl auf die Wirkung des Kuhmilchfettes zurückführen müssen. Freilich stehen wir auch hier vor der erstaunlichen Tatsache, daß eine so geringe Menge von Kuhmilch so erhebliche Wirkungen auszuüben vermag. Ob nun die Ueberempfindlichkeit selbst auf dem Einfluß nervöser Elemente beruht oder auf eingetretenen Veränderungen der Darmflora, Verlegung bakterieller Zersetzungen in den sonst sterilen Dünndarm („endogene Dünndarminfektion“ nach Moro), das ist schwer zu entscheiden. Eine tiefgreifende Schädigung der Darmwand kann jedenfalls durch die leichte akute Störung kaum hervorgerufen worden sein. Die durchfälligen Entleerungen waren in allen Fällen ausgesprochen faulig, stinkend, von alkalischer Reaktion. Das Material für diese Fäulnis kann die geringe Menge von Kuhmilch nicht abgegeben haben; hieraus ist die Störung nicht zu erklären, denn auch bei der Eiweißmilch herrscht ja die Fäulnis im Darne vor. Offenbar muß an den Tagen, als die Kuhmilch den Durchfall auslöste, eine starke Steigerung der Darmsekretion erfolgt sein, welche Darmsekrete dann das Material für die Fäulnis abgegeben haben. In Fall 1 war eine konstitutionelle Neigung zu solcher Hypersekretion nachweisbar, in den anderen Fällen nicht. Bemerkenswert scheinen diese Fälle vor allem wegen der Anforderungen, die sie an die Therapie

stellen. Diesen Anforderungen wird nicht immer entsprochen. Erkrankten Kinder in dieser Lebenszeit an Durchfall, so werden sie nur zu oft noch den Säuglingen gleichgestellt. Nach einer vorübergehenden Schleimdiät wird die Ernährung mit vorsichtigen Milchverdünnungen wieder begonnen, zeigen sich dann Zustände der oben erwähnten Art, so wird das Krankheitsbild als ein schweres angesehen und eine ausschließliche Ernährung mit einer Heilnahrung, wie etwa Eiweißmilch, eingeleitet, oder gar, wenn durch ein verfallenes Aussehen des Kindes der Zustand bedrohlich erscheint, mit Frauenmilch. Dadurch bringt man die Kinder in diesem Alter herunter, sie kommen um die ihnen notwendige gemischte Kost, Gefahren wie die der alimentären Anämie und andere rücken nahe. Wird so aus übergroßer Vorsicht die Periode der rein flüssigen Ernährung verlängert, so pflegt das Kind später der Aufnahme konsistenterer Kost mehr Widerstand entgegenzusetzen, als dies bei früherer Gewöhnung an sie der Fall gewesen wäre. Auch wenn man es für möglich hält, daß sich aus Fällen wie den oben geschilderten eine sogen. „schwere Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säuglingsalters“ entwickelt, so wird dem durch eine solche Art der Ernährung nicht vorgebeugt. Wir dürfen uns im Gegenteil nicht scheuen, solchen Kindern — gerade wenn die Kuhmilch nicht vertragen wird — die ihrem Alter entsprechende gemischte Kost baldmöglichst wieder zu verabreichen. Obige Fälle vertrugen anstandslos Gemüse (natürlich feinpüriert), sogar Zwieback-Apfelbrei, Dinge, die man so jungen Kindern nach einer akuten Störung nur zu oft zu verabreichen sich scheut. Durchfälle in diesem Alter müssen also schon ebenso behandelt werden, wie es bei Durchfällen „älterer Kinder“ heute allgemein geschieht. Da wissen wir, daß Milch „fast niemals gut“ ist (Finkelstein-L. F. Mayer in Feers Lehrbuch) und unter Umständen lange gemieden werden muß, daß wir aber sehr bald eine gemischte Kost unter Meidung der leicht gärenden Kohlehydrate und des Fettes geben können, also wie in obigen Fällen feinpüriertes Gemüse u. a.; besonders wird auch eine stark eiweißhaltige Kost für die Fälle empfohlen, die den Charakter der „Gärungsdyspepsie“ haben. (Sie hat sich auch in obigen Fällen bewährt, obgleich die Stühle nicht Gärungs-, sondern eher Fäulnischarakter hatten.) Auch der Empfehlung der Eiweißmilch begegnet man in den Vorschriften zur Behandlung von Durchfällen älterer Kinder. Es darf sich aber in solchen Fällen niemals um eine ausschließliche Ernährung mit Eiweißmilch handeln, sondern in der Hauptsache nur um eine Verwendung derselben an Stelle von Milch zur Herstellung von Brei, allenfalls um Verabreichung einer Flasche, etwa des Morgens; Verf. glaubt aber, daß man

dieses ernährungstherapeutische Extrem meist vermeiden kann und auch in obigen Fällen hätte vermeiden können, wenn anderes zur Verfügung steht: etwa Brühe als Vehikel für Grießbrei, Fleisch, Ei u. a.; da es im Anstaltsbetriebe gegenwärtig an diesen Dingen mangelt, so mußte Verf. sich der Eiweißmilch bedienen. Das Wesentliche ist, daß man Durchfälle auch schon in dieser frühen Zeit, um die Wende des 3. und 4. Lebensquartals, wie die Durchfälle älterer Kinder und nicht wie die der Säuglinge behandelt. Im letzteren Falle wird man bei noch so großer Vorsicht in der Ernährung Mißerfolge sehen und durch zu langdauernde Entziehung der gemischten Kost dem Kinde schaden. Scheut man sich jedoch nicht, diese in der Form, wie es bei den Durchfällen älterer Kinder geschieht, anzubieten, so wird man auch, und gerade bei einer so großen Empfindlichkeit gegen Milch, um die Ernährung des Kindes nicht in Verlegenheit sein. (B. kl. W. 1920 Nr. 10.)

Symptomatologisches.

Brustwandödem als Symptom schwerer Lungenentzündung bei Kindern. Von Dr. J. Ohlmann (Aus dem Waisenhaus und Kinderasyl der Stadt Berlin). Ein lokales Oedem der Brustwand gilt seit langem dem Internisten als Zeichen einer entzündlichen Erkrankung der Pleura. Rosenbach schreibt darüber: „Neben den Veränderungen im Thoraxinnern findet sich bei allen Pleuritiden von größerer Ausdehnung, ausnahmslos aber bei den purulenten, eine Beteiligung der Thoraxwandung, Oedem des subpleuralen Gewebes, Entzündung der Interkostalmuskeln und ein mehr oder weniger ausgebreitetes Oedem der Thoraxhaut, namentlich in der Seitenwand (wovon man sich am besten durch Aufheben von zwei korrespondierenden Hautfalten überzeugen kann)“. Als differentialdiagnostisches Merkmal, das für Empyem in die Wage fällt, spielt nach übereinstimmender Ansicht der Internisten und Kinderärzte das Brustwandödem, lokalisiert auf der Haut über der erkrankten Partie, eine bedeutsame Rolle. Beobachtungen im Felde bei Erwachsenen und später bei Kindern lenkten Verfs. Aufmerksamkeit darauf, daß der Eintritt eines Oedems der Brustwand nicht immer an eine eitrige Erkrankung der Pleura gebunden ist, sondern darüber hinaus auch bei schweren Pneumonien und anderweitigen zu Herzschwäche führenden Erkrankungen des Kindes vorkommen kann. Zum Unterschied von dem in der Literatur bei Pleuritis und bei Empyem erwähnten Brustwandödem handelt es sich um eine ödematöse Beschaffenheit der Haut geringeren Grades, die mit dem bloßen Auge nicht wahrzunehmen ist. Man muß besonders darauf achten und daraufhin untersuchen, sonst findet

man das Brustwandödem nicht. Wie andere Oedeme, läßt es sich durch Fingerdruck nachweisen. Anfangs macht es etwas Schwierigkeit, die durch den Fingerdruck erzeugte anämische Stelle von dem leichtesten Grade des Oedems zu unterscheiden; bei einiger Übung geschieht diese Unterscheidung aber meist leicht. Das Brustwandödem blieb in der Mehrzahl der Fälle auf die Gegend um die Mamillen beschränkt; nach oben und unten reichte es bis an den nächsten Interkostalraum und überschritt seitlich die mittlere Axillarlinie nie, während medial bisweilen das Oedem über dem ganzen Brustbein nachzuweisen war, so daß die beiderseitigen Brustwandödeme ineinander übergingen. Bis auf einen Fall trat das Brustwandödem immer doppelseitig auf. Oft ließ sich das Oedem zunächst nur auf einer Seite nachweisen, um bald darauf auch auf der anderen Seite zu erscheinen. Ebenso verschwand das Oedem oft nicht gleichzeitig, sondern erst auf einer und dann erst auf der anderen Seite. Auch die Stärke der beiderseitigen Oedeme war bisweilen verschieden. Dabei betraf das stärkere Oedem keineswegs immer die erkrankte Seite, wie auch bei zunächst einseitigem Beginn das zuerst erscheinende Oedem nicht an die erkrankte Seite gebunden war. Es bestand somit keine Beziehung zwischen der Lokalisation der Erkrankung und des Brustwandödems — im Gegensatz zu dem in der Literatur beschriebenen Oedem bei Empyemen. Des Verfs. Beobachtungen erstreckten sich auf 20 Fälle, abgesehen von einem 7jährigen Mädchen, bei Kindern im Alter von 4 Wochen bis 2 Jahren. 15 mal, also in 75% der ödem-positiven Fälle, handelte es sich um Pneumonien. Der Eintritt des Brustwandödems zu Beginn der Erkrankung war selten; nur in 4 Fällen ließ es sich schon in den ersten beiden Krankheitstagen nachweisen. Meist bestand die Erkrankung bereits mehrere Tage bis 1—2 Wochen, ehe sich das Brustwandödem einstellte. Auch eine direkte Abhängigkeit des Brustwandödems von den Lungenerscheinungen war nicht festzustellen. Auffallend oft fiel allerdings Beginn des Oedems mit den klinisch nachweisbaren Erkrankungen der Lungen zusammen. Der Bestand des Oedems war ziemlich unabhängig vom Fieber. Verf. sah das Oedem vor, gleichzeitig und nach dem Fieber verschwinden. Dagegen waren die Lungenerscheinungen fast immer noch längere Zeit nachweisbar, wenn das Oedem schon gewichen war. Bei den letal endenden Pneumonien blieb das Brustwandödem in unverminderter Stärke bis zum Exitus bestehen. War das Oedem einmal geschwunden, wurde trotz weiterbestehender Erkrankung ein Oedemrezidiv nicht beobachtet. Die Zeitdauer des Oedembestandes war recht verschieden. Fällen, in denen das Oedem nur einen Tag währte, standen andere gegenüber, bei

denen das Oedem bis zu 17 Tagen anhielt. Eine ausgeprägte Abhängigkeit war zwischen der Schwere der Pneumonie und dem Auftreten des Brustwandödems vorhanden: Pneumonien ohne Brustwandödem: 9, davon 7 leicht verlaufend, 1 mittelschwer verlaufend, 1 letal verlaufend, Mortalität 11%. Pneumonien mit Brustwandödem: 8, davon — leicht verlaufend, 2 mittelschwer verlaufend, 6 letal verlaufend, Mortalität 75%. Es ergibt sich demnach aus dieser Gegenüberstellung, daß das Brustwandödem vorwiegend bei schwer verlaufenden Pneumonien eintrat (75% Mortalität). Die 5 Fälle, die Brustwandödem ohne das Vorliegen einer Pneumonie aufwiesen, betrafen durchweg schwere Erkrankungen, die Kreislaufschwäche im Gefolge hatten. 3 mal handelte es sich um follikuläre Enteritiden, je 1 mal um Lungentuberkulose und Nabelsepsis. 4 von den 5 Fällen verliefen letal. Bei dem einen Fall von Lungentuberkulose — es betraf dies das einzige ältere Kind, das Verf. beobachtete — bestand das Oedem ungefähr 2 Monate, verschwand dann und trat auch bis zu dem 14 Tage später erfolgten Exitus nicht mehr auf. Wenden wir uns nun zur Genese des Brustwandödems. Nach Klemensiewicz kann man die Oedeme im allgemeinen einteilen: 1. in auf vasomotorischen Störungen beruhende angioneurotische Oedeme, 2. in auf mechanischen Störungen beruhende Stauungsödeme und 3. in entzündliche Oedeme. Man geht wohl nicht fehl, wenn man das in der Literatur erwähnte Oedem zu den entzündlichen Oedemen rechnet. Die strenge Lokalisation über der erkrankten Partie spricht schon dafür. Anders bei der vom Verf. beobachteten Form des Brustwandödems. Die fehlende Lokalisation über der erkrankten Partie spricht hier gegen eine entzündliche Genese. Vielmehr dürfte es sich wohl hier um ein Stauungsödem handeln, entstanden durch die Behinderung der Blutströmung infolge einer Verschlechterung der Herztätigkeit. Daß gerade die Pneumonien so häufig Anlaß zum Brustwandödem geben, ist unter dieser Voraussetzung verständlich, weil sich bei den Pneumonien Senkung der Herzkraft und Schwierigkeiten im kleinen Kreislauf vergesellschaften. Die Bevorzugung der Mamillengegend ist vielleicht ähnlich wie die Bevorzugung der Haut der Augenlider beim allgemeinen Hydrops zu erklären. Da im lockeren Gewebe (Augenlider, Brustwarze) die Bedingungen für eine Rücktranssudation ungünstiger sind als in Geweben, in denen die Blutgefäße in einem festen Gefüge verlaufen, kommt es dort leichter zum Oedem. Vielleicht spielt für die Mamillengegend auch die reichliche venöse Versorgung (Plexus venosus mamillae) eine Rolle. Wenn diese mechanische Erklärung des Brustwandödems richtig ist, dann müßten unsere Fälle sich durch besondere schwere Herzbeteiligung

auszeichnen. Die Sektionsbefunde wiesen in vielen Fällen ein schlaff dilatiertes Herz auf, nicht in allen, doch kann das nicht wundernehmen, entspricht doch in den meisten Fällen die schlechte Herzkraft nicht einer organisch bedingten Herzerkrankung, sondern einer toxischen Gefäßschädigung, die pathologisch-anatomisch nicht faßbar ist. Beweisender ist der schwere klinische Verlauf der Pneumonien mit Brustwandödem, wie er schon vorher beschrieben wurde: Pneumonien ohne Brustwandödem 11 % Mortalität, Pneumonien mit Brustwandödem 75 % Mortalität. Aus diesen verschiedenen Sterblichkeitsziffern der Fälle mit und ohne Brustwandödem muß man wohl folgern, daß die mit Brustwandödem komplizierten Pneumonien sich durch besonders schwere Herzbeteiligung auszeichneten. Ueberblickt man noch einmal die Gesamtzahl der Fälle: 20 Fälle von Brustwandödem, 13 davon letal, 7 in Heilung übergehend; davon 2 einen leichten, 3 einen mittelschweren, 2 einen schweren Verlauf nehmend. Es handelt sich also bei allen Fällen bis auf geringe Ausnahmen um schwere und schwerste Erkrankungen. Die anfänglich genährte Hoffnung, in dem Brustwandödem ein Frühsymptom der Pneumonie finden zu können, hat sich nicht bestätigt. Einmal fand sich das Oedem auch bei anderen Erkrankungen, dann trat es meistens gleichzeitig oder erst nach den Lungenerscheinungen auf. Trotzdem glaubt Verf. dem Brustwandödem nicht nur eine theoretische, sondern auch eine praktische Bedeutung beimessen zu sollen. Das Auftreten des Brustwandödems war fast immer das Zeichen einer schweren Lungen- oder einer anderen schweren, zur Kreislaufschwäche führenden Erkrankung. Bronchitis verursachte, das hat Verf. in vielen Fällen gesehen, niemals, eine leichte Pneumonie nur höchst selten ein Brustwandödem. Wenn in der Mehrzahl der Fälle die Schwere der Erkrankung sich aus dem ganzen klinischen Bilde beurteilen läßt und vor allem die schwere Herz- und Gefäßschädigung auch durch zahlreiche andere Symptome hervortritt, so sah Verf. doch in einigen Fällen Brustwandödem auftreten zu einer Zeit, wo die übrigen klinischen Zeichen einer Kreislaufinsuffizienz noch fehlten, ja das Krankheitsbild noch einen leichten Eindruck machte. Das Brustwandödem signalisierte in solchen Fällen den Eintritt der Erkrankung in die Zone der Gefahr und gab damit die Indikation zu entsprechendem therapeutischen Handeln.

(D. m. W. 1919 Nr. 37.)

Kasuistisches.

Aetzwirkung des Eukupins. Von S. Rosenbaum (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Breslau). Ein Säugling von 6 Monaten, der bei Eiweißmilch gut gedeiht, erkrankt im Verlaufe einer Saal-

infektion an fieberhafter Grippe. Abgesehen von einer Bronchitis finden sich unregelmäßig begrenzte, leicht rote Flecke der Schleimhaut des harten Gaumens. Er erhält 5 mal 0,1 Eucupinum bihydrochloricum in der Nahrung mittels Teelöffels. Nach 2 maliger Darreichung zeigt die Schleimhaut des Mundes und des weichen Gaumens derbe, weiße Beläge, die sich leicht abheben lassen; eine etwas blutende Erosion bleibt zurück. Mikroskopisch erweist sich die Membran als strukturloses Gebilde. Die Affektionen der Mundschleimhaut bleiben bestehen, solange Eukupin gegeben wird; zuletzt sind lediglich Erosionen, keine Beläge mehr, sichtbar. Drüsenschwellungen treten nicht auf. Sobald Eukupin ausgesetzt wird, ist die Mundschleimhaut frei. Ein mit Brustmilch ernährter Atrophiker von 5 Monaten erkrankt im Verlaufe derselben Stationsinfektion an Bronchitis. Jedoch ist hier die Mundschleimhaut frei von Veränderungen. Es wird 0,25 Eucupinum bihydrochloricum in Milch mittels Teelöffels gegeben. Tags darauf zeigen sich gleiche Beläge wie im vorerwähnten Fall. Eukupin wird nunmehr durch die Nase gegeben. Das Kind reagiert darauf in wenigen Stunden mit Rhino-Pharyngitis und sehr starker Schleimabsonderung. Nunmehr wird die gleiche Menge Eukupin mittels Schlundsonde verabreicht. Rhino-Pharyngitis und die Membranen der Mundschleimhaut verschwinden sofort. Ein mit Influenzapneumonie eingelieferter Säugling von 9 Monaten erhält 6 mal 0,1 Eucupinum bihydrochloricum und 6 mal 0,05 Optochinum basicum in der Nahrung. Tags darauf reichlichst Membranen. Wieder erfolgt prompter Rückgang der Mundschleimhautaffektionen, sobald die Medikamente durch Sonde gegeben werden. War es nach diesen 3 Fällen noch denkbar, daß die erwähnten Entzündungserscheinungen Folgen der Grippe, nicht Aetzwirkungen des Eukupins waren, so bewies ein 4. Fall die Urheberschaft des Eukupins durch die vielfach stärkere Wirkung einer falschen Anwendung. Ein Kind von 13 Monaten wird wegen Bronchopneumonie eingeliefert. Es wird auch hier 6 mal 0,1 saures Eukupin und 6 mal 0,05 basisches Optochin verordnet. Die Wärterin gibt versehentlich einmal das Eukupin-Optochin-Gemisch in Tee. Gleich am nächsten Morgen zeigen sich, über weiteste Teile der Mundschleimhaut und Tonsillen verbreitet, typische Membranen, die sofort verschwinden, als Eukupin-Optochin mittels Sonde gegeben werden. Das Kind kommt zum Exitus. Die Sektion ergibt neben einem hochgradigen Status thymico-lymphaticus eine hämorrhagische, entzündliche Veränderung der Schleimhaut des Mageneingangs. Die Kardia selbst nebst den benachbarten Partien des Oesophagus und des Magens zeigen zusammenhängende Membranen gleicher Art, wie sie in der Mundschleimhaut beobachtet sind. Ihre Ursache ist trotzdem nicht feststellbar. Aehnliche Veränderungen finden sich im kindlichen Magen

als postmortale Verdauungserscheinungen, sobald noch unmittelbar vor dem Tode Nahrung genommen wurde. Das war hier der Fall. Für die Eukupinwirkung könnte allerdings sprechen, daß ähnliche Membranen am letzten Lebenstage im Ausgeheberten beobachtet sind, doch ist deren Unterscheidung von Eiweißgerinnseln nicht sichergestellt. Eine typische Aetzwirkung des Eukupins ist dann schließlich poliklinisch bei einem 6 monatigen Säugling beobachtet worden, den die Mutter, da er Eukupin in Nahrung nicht nehmen wollte, das Präparat, mit Zucker vermengt, vom Lutscher ab-lutschen ließ. Daß die Grippe verschiedentlich Entzündungs-erscheinungen und auch Pseudomembranen in der Mundschleimhaut und im Kehlkopf bilden kann, ist mehrfach beobachtet worden. Daß in obigen Fällen das Eukupin einen wesentlichen Anteil an dem Zustandekommen dieser Affektionen hatte, beweist die verstärkte Aetzwirkung, sobald Eukupin nicht in Nahrung gegeben wurde; die prompte Heilung, sobald man Eukupin mittels Sonde gab; schließlich der Versuch an der gesunden Schleimhaut des Erwachsenen, an der Eucupinum bihydrochloricum deutliche Aetzwirkung zeigte, während sie Eucupinum basicum vermissen ließ. Ob nicht allerdings durch die Grippe die Schleimhaut für solche Membranbildungen empfänglich wird, das machen die entzündlichen Stellen, die im 1. Falle vor der Eukupingabe beobachtet sind, immerhin wahrscheinlich. Daß nicht lediglich ein einzelnes, fehlerhaftes Präparat Ursache war, wird durch die Anwendung zweier verschiedener Packungen in der Klinik und durch einen 6. Patienten erwiesen, der poliklinisch beobachtet wurde und das Eukupin aus einer Apotheke der Stadt bezog. Klinisch wird, wofern man überhaupt noch das salzsaure Präparat weitergebrauchen will, Eukupin beim Säugling zweckmäßig mittels Sonde zu geben sein, wodurch auch die Geschmackswirkung am besten behoben wird. Ob unsere autoptische Beobachtung auch für diese Art der Darreichung eine Magenschädigung möglich erscheinen läßt, muß dahingestellt bleiben. Bemerkenswert ist, daß trotz des in den erwähnten Fällen wahrscheinlichen raschen Uebergangs des Eukupins in den inneren Organismus anderweitige Eukupinschädigungen beim Säugling bisher nicht beobachtet sind. Das basische Präparat zeigt im Versuch an der gesunden Schleimhaut auch in konzentrierter Form keine Aetzwirkung. Da ferner seine Resorbierbarkeit im Magendarmkanal geringer ist, dürfte ihm vor dem sauren der Vorzug zu geben sein. (D. m. W. 1920 Nr. 19.)

Luetisches Leberfieber bei einer 25jährigen auf kongenitaler Grundlage. Von Dr. Arthur Baer (Bad Homburg v. d. H.). Frau St., 25 Jahre, einziges Kind. Mutter hat etwa 6 Tot- und

mehrere Frühgeburten durchgemacht. Vater im frühen Mannesalter an Herzleiden gestorben. Mit 19 Jahren in Paris wegen „Kératite interstitielle“ antiluetisch behandelt; etwa vom 22. Jahre ab starke Abmagerung, dauernd unregelmäßiges Fieber, für das von den verschiedensten Pariser Aerzten eine Ursache nicht aufgefunden werden konnte; Anfang d. J. wegen „Congestion du foie“ eine Kur in Vichy ohne Erfolg. Seit Februar Schmerzen in der linken Ellenbogengegend, Streckung des linken Armes nur unter Schmerzen und unvollständig möglich. Am 20. August d. J. Aufnahmestatus folgender: Blasse, abgezehrte Person, 50 kg bei 162 cm Länge. Temperatur (nachm. 2 Uhr) 38,8. Augen o. B., keine Reste der früheren Erkrankung. Keine Pupillendifferenz; Augenreflexe wie auch die übrigen Körperreflexe in Ordnung. Gehör in Ordnung. Die beiden oberen, mittleren Schneidezähne zeigen ausgesprochene halbmondförmige Einkerbung. Keine Drüsenschwellungen. Brustorgane ohne abweichenden Befund. Abdomen im oberen Teil vorgewölbt, kein Aszites; vermehrte Venenzeichnung. Leber im ganzen stark vergrößert, bis Zweifingerbreite unter den Nabel reichend, von mäßig derber Konsistenz; keinerlei umschriebene Vorwölbung fühlbar. Unterer Milzpol unter dem Rippenbogen zu tasten. Urin ohne Eiweiß und Zucker, Urobilinogenprobe negativ. Druck auf Ellenbogengelenksgegend schmerzhaft, ohne daß ein deutlicher objektiver Befund festzustellen ist; aktive und passive Streckung des linken Armes schmerzhaft und nicht vollkommen durchführbar. Die am gleichen Tage entnommene Blutprobe ergibt stark positive Wassermannsche Reaktion. Es handelt sich demnach um die parenchymatöse, mit Fieber einhergehende Form von Lebersyphilis und beginnende syphilitische Entzündung des linken Ellenbogengelenkes (an Parrotsche Lähmung kongenital-luetischer Säuglinge erinnernd). Unter kombinierter Behandlung mit Jod (2 mal täglich 20 Tropfen Jodalose) und kleinsten Dosen Neosalvarsan (0,075 bis 0,1 g in Abständen von 3 bis 4 Tagen) trat sehr rasche Entfieberung, weniger langsam Rückgang der viszeralen Schwellungen unter rapider Zunahme des Körpergewichtes (52,2 kg am 20. Sept., 54,6 kg am 27. Sept., 55,3 kg am 4. Okt., 58,5 kg am 11. Okt.) ein. Die Fortsetzung der Behandlung mußte am 20. September einem anderen Arzte übertragen werden; doch hatte Verf. am 12. Oktober Gelegenheit, die Patientin nochmals zu untersuchen: eine Milzvergrößerung war nicht mehr festzustellen, die Leber überragte in der Mamillarlinie den Rippenbogen noch um stark Handbreite. Ellenbogenbefund im allgemeinen unverändert, leicht gebessert. Nach brieflicher Mitteilung war die Wassermannsche Reaktion anfangs November wiederum positiv. Das Bemerkenswerte an dem Fall ist das Auftreten einer fieberhaften Leberlues auf hereditärer

Grundlage — die Heredität erscheint aus den Tot- und Fehlgeburten der Mutter, den Hutchinsonschen Erscheinungen an den Schneidezähnen, der überstandenen Keratitis parenchymatosa sichergestellt — nach solch später Zeit.

(M. m. W. 1920 Nr. 20.)

Diagnostisches.

Ein eigenartige Methode der Fiebertäuschung. Von Dr. Franz Hammes (Trier). Als Arzt einer Lungenbeobachtungsstation in einem Reservelazarett sah Verf. sich bald gezwungen, den aus begreiflichem Selbsterhaltungstrieb hervorgehenden Täuschungsversuchen mancher Kranker besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Naturgemäß war es, abgesehen vom Unterschieben des Sputums anderer Kranker, die Temperaturmessung, die besondere Bedeutung für die Vortäuschung von Krankheitssymptomen gewann. Die große Gewissenhaftigkeit der Aerzte in der Beurteilung des einzelnen Falles, die manche Kranke im Verlauf kurzer Zeiträume zum soundsovielten Male einer Lungenbeobachtungsstation zuführte, schuf wahre Spezialisten im Kampf gegen die Kunst der ärztlichen Diagnostik. Daß die Quecksilbersäule des Fiebermessers nicht nur auf die Körperwärme reagiert, sondern auch auf die der in die Nähe gehaltenen Zigarette, auf heiße Bettflaschen, auf Reiben am Hemdsärmel und dergleichen, wurde bald auch Aerzten und Pflegepersonal klar, die nicht durch frühere Krankenhaus-erfahrung auf diesem Gebiete geschult waren. Neu war dagegen nicht nur Verf., sondern auch allen Kollegen und Pflegepersonen, die er darüber befragte, folgende Methode, mit der ein aus russischer Kriegsgefangenschaft zurückgekehrter Soldat Rätsel aufgab. Die Lösung erfuhr Verf. erst später durch seinen Bettnachbar. Er benutzte nicht die Erwärmung des Quecksilbers, sondern ein anderes physikalisches Moment, das Gesetz der Trägheit und der Schwere: Hält man das Thermometer ziemlich lose in der linken Hand oder auch in der Achselhöhle, und klopft man mit irgendeinem Gegenstand, am einfachsten durch Gegenschneppenlassen des Nagels des rechten Zeigefingers, kurz und schnell gegen das obere Ende des Thermometers in der Längsrichtung desselben, so wird dem Instrument eine Erschütterung übermittelt, die auf die verschiedenen Bestandteile desselben, je nach ihrem spezifischen Gewicht und ihrer Beweglichkeit zueinander, verschieden wirkt. Das schwere Quecksilber wird infolge seines Beharrungsvermögens der Bewegung weniger folgen als die Glaswandung: das Quecksilber wird aus dem Behälter herausgetrieben in die Thermometer-röhre, wird in dieser steigen und infolge des Kapillarfadens zwischen

Behälter und Skalarohr an dem Zurückfließen gehindert werden. Wesentlich ist, wie bereits gesagt, daß das Thermometer lose gehalten wird. Stützt man es mit dem unteren Ende gegen eine harte Unterlage, so wird man gar keine oder nur minimale Wirkung erzielen, während man im anderen Falle das Steigen der Hg-Säule auf das feinste dosieren kann. (M. Kl. 1920 Nr. 8.)

Ueber das Vorkommen mediastinaler (manubrialer) Dämpfungen bei Grippe. Von Dr. Arnold Kirch (aus der III. mediz. Abteilung des Wilhelminenspitales in Wien). „Schon vor etwa Jahresfrist, als die Ausläufer der Grippe von 1918 auf unserer Abteilung zur Beobachtung kamen, konstatierten wir gelegentlich bei der Perkussion mehr minder ausgesprochene Dämpfungen im Bereich des vorderen Mediastinums, und zwar fanden sich diese sowohl bei unkomplizierter Grippe als auch bei Grippepneumonien. Wir vermuteten damals Schwellung der Lymphdrüsen im vorderen Mediastinum als Ursache des perkutorischen Befundes, waren aber nicht in der Lage, unsere Meinung durch einen autoptischen Befund zu erhärten. Allerdings liegen Mitteilungen von pathologisch-anatomischer Seite über beträchtliche Vergrößerung der bronchialen Lymphdrüsen infolge Grippe vor; so erwähnt Dietrich die starke Schwellung der bronchialen Lymphdrüsen besonders an der Bifurkation bis Walnußgröße. In ähnlichem Sinne äußern sich Borst und andere Autoren. Als nun heuer die Grippe neuerlich in größerem Umfang auftrat, nahmen wir die Frage der manubrialen Dämpfung wieder auf. Wir konnten bis jetzt neuerlich in 4 Fällen einen solchen Befund erheben. Einmal kam es zum Exitus des betreffenden Patienten an schwerer Grippepneumonie, und die Obduktion (vorgenommen von Dr. Lampl) ergab in Bestätigung unserer obigen Annahme mächtige akute Schwellung der mediastinalen Lymphdrüsen. Radiologisch war vorläufig die Untersuchung in dieser Hinsicht negativ. Was schließlich die Dauer eines solchen Befundes anlangt, so konnten wir noch nach 14 Tagen die allerdings inzwischen wesentlich kleiner gewordene manubriale Dämpfung nachweisen. Erwähnen möchte ich hier noch einen Fall mit manubrialer Dämpfung aus dem Vorjahr bei chronischer Grippepneumonie des rechten Ober- und Unterlappens, bei dem die Autopsie als Ursache der gefundenen Dämpfung ein kleines abgesacktes Empyem ergab.“ (M. m. W. 1920 Nr. 15.)

Erkennung ikterischer Zustände bei Abendbeleuchtung. Von Dr. E. Jacobsthal (Hamburg-St. Georg). Es ist eine alte Examensklippe im medizinischen Staatsexamen, daß der Examinand bei der Abendvisite gefragt wird, ob der Patient ikterisch sei.

Die richtige Antwort muß bekanntlich lauten, daß man selbst einen schweren Ikterus bei Abendbeleuchtung nicht erkennen könne. Dieser Umstand ist an den langen Winterabenden auf den Aufnahmeabteilungen eine große Unannehmlichkeit, nicht minder bei Demonstrationen in ärztlichen Gesellschaften usw. Durch ein einfaches Mittel hat Verf. den Mißstand schon vor Jahren behoben. Die von Siemens & Halske gebaute „Vericolampe“ wird in der Seidenindustrie schon lange benutzt, um auch abends Farbennuancen zu unterscheiden. Verf. hat sie im Krankenhaus eingeführt, um Zustände auch von leichtem Ikterus abends zu erkennen. Die Vericolampe ist eine einfache Glühlampe, die eine Glaskugel von hellgrünlich-bläulicher Tönung hat. Bei ihrer Benutzung muß man andere Lichtquellen ausschalten. Auf der Aufnahmeabteilung hat sie sich als ein schätzenswertes Hilfsmittel seit langem bewährt. (M. m. W. 1920 Nr. 22.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Zur Nachbehandlung eingenenkter Hüftgelenkverrenkungen.
 Von San.-Rat Dr. G. Müller (Berlin). Unsere besondere Aufmerksamkeit erfordern die Fälle mit ausgeschliffener, flacher, lang ausgezogener Pfanne oder solche mit schlecht ausgeprägtem Pfannendache. Ihre Reposition gelingt im allgemeinen leicht, das Geräusch ist kaum hörbar und läßt mehr auf ein Eingleiten als ein Einspringen schließen. Man kann deshalb sagen, je flacher die Pfanne, je leichter die Reposition, je schwächer das Repositionsgeräusch, desto größer die Gefahr einer Reluxation. Verf. ist seit etwa 15 Jahren bei mehreren hundert von ihm eingenenkten Fällen in der nun zu beschreibenden Weise vorgegangen und hat bis auf 2 Fälle, die durch Schenkelhalsbruch sich komplizierten, keine Reluxation mehr gesehen. Freilich kann er nicht mit absoluter Bestimmtheit sagen, ob nicht doch eine von ihm reponierte Hüfte später reluxierte und in andere Behandlung übergegangen ist, doch könnte dies, wenn überhaupt, nur ein verschwindend kleiner Prozentsatz sein, da Verf. ziemlich alle Fälle mehrere Jahre lang beobachtet hat. Er geht bei all den Fällen, die ihm in bezug auf Reluxation verdächtig erscheinen, in folgender Weise vor. Er legt 2 Verbände von je 3 Monaten Dauer an, den ersten in etwa rechtwinkliger Abduktionsstellung, rechtwinklig gestellten Knien mit Einschluß beider Unterschenkel bei doppelseitiger Luxation, bei einseitiger Luxation mit Einschluß des anderen Oberschenkels und des zugehörigen Unterschenkels. Den zweiten Verband legt er in Mittelstellung ohne Einschluß des Unterschenkels

an. Nach Abnahme des letzten Verbandes erhält das Kind einen inzwischen fertiggestellten Hessingschen Schienenhülsenapparat mit Beckenkorb, Sitzbügel und Spannlasche. Das Bein schwebt und wird zur Belastung nicht benutzt. Ist das Kind mager, so daß der Trochanter gut abzutasten ist, bringt Verf. am Beckenkorb ein den Trochanter exakt umfassendes Trochanterdach an, welches nach allen Richtungen verstellbar und mittels zweier Schrauben fest gegen den Trochanter gepreßt werden kann. Bei fettreichen Kindern, bei denen der Trochanter nicht gut abzutasten ist, nehme man an Stelle dieses Trochanterdachs eine stark federnde Pelotte, welche genau den Rollhügel in frontaler Richtung fest gegen das Becken bzw. den Pfannenboden preßt. Durch Anwendung dieses Apparats wird zweierlei erreicht: Durch die Entlastung wird verhindert, daß beim Belasten des Beins beim Gehen der reponierte Kopf, der wegen des fehlenden Pfannendachs nach oben keinen Widerhalt findet, allmählich sich nach oben verschiebt. Durch das Trochanterdach bzw. den federnden Pelottendruck wird der Kopf fest gegen die Pfanne gepreßt. Wird nun beim Gehen das Bein im Hüftgelenke bewegt, so wirkt der Hüftkopf wie ein Mühlstein und mahlt gewissermaßen eine Vertiefung in die Pfanne hinein. Diesen Vorgang kann man im Röntgenbilde genau verfolgen. Auch rundet sich hierbei der deformierte Kopf immer mehr ab. Ist die Pfanne tief genug und führt auch die klinische Untersuchung zu der Annahme, daß das Bein bei starker ständiger Belastung nicht nach oben gleitet, so läßt Verf. den Schienenhülsenapparat weg und läßt nur den Beckenkorb mit Sitzbügel, Trochanterdach bzw. Pelotte noch eine Zeitlang tragen. Später läßt er auch diesen zuerst stundenweise, dann ganz fort. Es ist selbstverständlich, daß, solange die Apparate getragen werden, Beine und Beckenmuskulatur zwecks Vermeidung einer Muskelatrophie regelmäßig massiert werden müssen. Ein Jahr nach Abnahme des Beckenkorbs wird der Erfolg noch einmal durch klinische und Röntgenuntersuchung kontrolliert und die Behandlung abgeschlossen.

(Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 12.)

Röntgenbestrahlung bei Mammakarzinomen. Von Privatdozent Dr. Walter Telemann (Königsberg i. Pr.). Trotz der verhältnismäßig sehr günstigen Resultate bei seinen Fällen scheint es Verf. verfrüht, von dem „Sieg der Röntgenstrahlen über den Brustkrebs“ zu sprechen, oder aus derartigen Resultaten Indikationen zur alleinigen Strahlenbehandlung aller Mammakarzinome herzuleiten, wie es von einigen Stellen angestrebt wird. Schon weil es Brustdrüsenkrebs gibt, die der Strahlenbehandlung ver-

hältnismäßig wenig zugänglich sind, müßten prinzipiell, damit der günstige Zeitpunkt nicht verpaßt wird, alle operablen Fälle nach wie vor so früh wie möglich operiert werden. Auch bei inoperablen Fällen ist in der Kombination von chirurgischer und Strahlenbehandlung häufig sowohl für den Patienten als auch besonders für den Radiologen eine wesentliche Erleichterung zu schaffen. Für den Patienten besteht sie darin, daß ihm starke Resorptionserscheinungen, die meist bei intensiver Bestrahlung größerer Tumoren erfolgen, erspart bleiben; für den Röntgenologen darin, daß die Geschwulst durch Abtragung der erreichbaren Teile wesentlich zugänglicher gemacht wird, indem gewissermaßen ein flacher, analog dem Hautkarzinom leichter zu beeinflussender Tumor entsteht. (D. m. W. 1920 Nr. 17.)

b) Innere Krankheiten.

Ein Beitrag zur Trikresolbehandlung. Von Dr. Göpfert (Ostritz i. Sa.). Krankengeschichte: Frau P., Mehrgebärende, hochschwanger, erkrankte am 14. Juni unter Schüttelfrösten und hohem Fieber (40°). Sie gab an, sich vorher nicht krank gefühlt zu haben, nur wäre ihr aufgefallen, daß der Urin des öfteren etwas trübe ausgesehen habe. Jetzt klagte sie außer über eine geringe Druckempfindlichkeit in dem linken Hypochondrium über nichts. Die Untersuchung der Organe verlief negativ, im Urin fanden sich Spuren von Albumen, mikroskopisch viel Leukozyten, keine Zylinder. Unter Hexamethylendarreichung war die Kranke am 16. Juni fieberfrei. Am 17. Juni erfolgte die normale Spontangeburt eines gesunden Kindes, die Nachgeburtsperiode verlief auch normal. Untersucht wurde innerlich gar nicht. Am 18. Juni und den folgenden Tagen wieder hohes Fieber mit täglichen Schüttelfrösten. Die Höchsttemperatur stieg einmal bis auf 41,3°. Das Allgemeinbefinden war dementsprechend stark gestört, die Kranke ziemlich benommen und apathisch. Der Puls war sehr frequent, klein, weich. Im übrigen war der Organbefund wieder völlig negativ, der Urin enthielt immer Spuren von Albumen und Leukozyten. Vor allem wurde an den Unterleibsorganen sowohl von Verf., als von einem hinzugezogenen Frauenarzt absolut nichts gefunden. Die Diagnose mußte demnach auf Pyelitis gestellt werden. Da alle therapeutischen Maßnahmen, wie Harndesinficientia, Kollargol, hydrotherapeutische Maßnahmen usw., ohne den geringsten Erfolg waren, der Zustand aber immer bedrohlicher wurde, entschloß Verf. sich zur Anwendung der empfohlenen Trikresolbehandlung. Die Kranke bekam am 23. und 24. Juni laut Vorschrift täglich 1 ccm der 2%igen Trikresollösung im fieberfreien Intervall sub-

kutan injiziert. Am 26. Juni war sie bereits fieberfrei, gleichzeitig fiel auch der Puls mit, und die Kranke machte einen heiteren, gesunden Eindruck. Von da ab blieb sie auch vollkommen fieberfrei, und die Genesung machte gute Fortschritte, so daß sie eine Woche später das Bett verlassen konnte. Der Urin war ebenfalls vom 27. Juni an ohne Albumen und enthielt nur wenige Leukozyten. Jetzt erfreut sich die dem Tode so nahe Patientin schon längst des besten Wohlbefindens. (M. Kl. 1920 Nr. 9.)

Zur Anwendung der „Großherzogin-Karolinen-Quelle“ und des „Thüringer Quellenkalzes“ schreibt Nervenarzt Dr. Ernst Burchard (Berlin). „Die Indikationen der Großherzogin-Karolinen-Quelle wiesen mich zunächst auf Fälle hin, bei denen Ablagerungen, Stauungsprozesse, Verlangsamung oder Behinderung des Stoffwechsels vorlagen, welche mithin eine Lösung der Ablagerungen bezw. Anregung und Beschleunigung der gehemmten Vorgänge erforderlich machten. Eine günstige Wirkung in diesem Sinne ließ die Großherzogin-Karolinen-Quelle ihrer Zusammensetzung nach erwarten, gleichviel ob es sich um Harnsäureablagerungen gichtischer oder rheumatischer Natur, ob es sich um Gallensteine, nervöse Stauungen, Verstopfungen oder Stoffwechselstörungen anderer Art handelte. Bei der Auswahl der Fälle legte ich demnach weniger Wert auf eine systematische Gruppierung dieser Ablagerungs- und Stauungsprozesse dem klinischen und örtlichen Befunde nach als auf eine Berücksichtigung des gesamten Krankheitsbildes, indem ich möglichst Patienten mit Herzschwäche, nervöser Erschöpfung oder sonst verminderter Widerstandsfähigkeit heranzog, bei denen die Großherzogin-Karolinen-Quelle nicht nur eine günstige Wirkung auf das spezifische Leiden, sondern auch eine roborierende Beeinflussung der konstitutionellen Schwächestände in Anbetracht ihres hohen Kalkgehaltes erwarten ließ, zumal mir in diesen Fällen Gelegenheit geboten war, das Thüringer Quellenkalz zu einer eventuell gebotenen Steigerung der roborierenden Kalkwirkung heranzuziehen. Auch von dem Thüringer Quellenkalz allein habe ich in einer großen Reihe von Fällen günstigste Resultate beobachten können. Es handelte sich dabei um Zustände allgemeiner nervöser Erschöpfung und Abspannung mit neurasthenischen, bezw. hysterischen Begleiterscheinungen mannigfacher Art, ferner um innersekretorische Veränderungen, bei denen der Kalkgehalt des Thüringer Quellenkalzes die spezifische organotherapeutische Behandlung (Thyreoidin, Ovaraden, Spermin usw.) in unverkennbar günstiger Weise unterstützte. Zusammenfassend kann ich mich demnach dahin äußern: Sowohl mit der Großherzogin-Karolinen-Quelle wie mit dem Thüringer Quellenkalz habe ich bei

einem weiten Indikationskreise beste Erfahrungen gemacht, auf Grund derer ich sie zu häuslichen Kuren warm empfehlen kann. In vielen Fällen erscheint eine Kombination beider nach individualisierenden Gesichtspunkten besonders vorteilhaft, insofern der konzentrierte Kalkgehalt des Thüringer Quellenkalzes infolge seiner roborierenden Wirkung die Brunnenkur bei Schwächezuständen wirksam unterstützt und ergänzt, sei es, daß diese mehr allgemeiner Natur, sei es, daß sie in Störungen des Herz-, Gefäß- und Nervensystems oder der inneren Sekretion begründet sind.“

(Med. Kl. 1920 Nr. 4.)

Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Von B u m k e. Zuerst wird der juristische Standpunkt klargelegt, daß wir Unterbrechung der Schwangerschaft vornehmen dürfen, wo eine dringende Gefahr für das Leben der Mutter vorhanden ist. Vortragender geht zuerst auf die Eklampsie ein, wo die Indikation selbstverständlich gegeben ist. Bei Chorea muß die Entscheidung von Fall zu Fall erfolgen und dürfte kaum je gegeben sein. Dagegen mußte bei Polyneuritis, die auf lebenswichtige Nerven übergreift, wie z. B. Optikus, Vagus, eine Unterbrechung vorgenommen werden. Zuweilen kann bei Epilepsie, wenn sich ein Status epilepticus ausbildet und Todesgefahr von seiten des Herzens und Gehirns vorliegt, die Indikation gestellt werden. Etwas häufiger wird man vielleicht bei Fällen von multipler Sklerose dazukommen, dagegen dürfte Tabes und auch die Paralyse kaum jemals den Anlaß zur Unterbrechung geben. Eigentliche Generationspsychosen bestehen nicht. Bei der Dementia praecox ist eine künstliche Unterbrechung nicht zulässig, da die Dementia praecox ein so variables Bild bietet, daß es sehr häufig bei schwersten Erscheinungen doch wieder zu weitgehendsten Besserungen kommt. Die Einleitung der Entbindung ändert an dem Krankheitsbilde selbst nichts. Andere begleitende Symptome könnten zuweilen die Unterbrechung gestatten, so z. B. schwerste Kachexie. Auch das manisch depressive Irresein ist durch Schwangerschaft nicht beeinflusst. Funktionelle Neurosen geben keine Indikation zur Unterbrechung. Bei der Reform des neuen Strafgesetzbuches müssen auch wir Aerzte mitwirken und dabei betonen, daß für uns keine soziale und eugenetische Indikation besteht. Eine eugenetische Indikation ist schon deshalb abzulehnen, weil wir auch dem Kinde neuropathischer Eltern keine Prognose stellen können. (Mediz. Sekt. d. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Kultur Breslau, 14. XI. 19.)

Das Trional in der Behandlung der Epilepsie und anderer Nervenkrankheiten. Von Sanitätsrat Dr. Braune (Direktor der

westpr. Heil- und Pflegeanstalt Conradstein bei Preuß.-Stargard). Zusammenfassend läßt sich nach in der Anstalt Conradstein an Epileptischen gemachten Erfahrungen sagen:

1. Das Trional hat auf die Zahl der Krampfanfälle Epileptischer im allgemeinen dieselbe Einwirkung wie die Bromsalze. Beide vermindern die Zahl der Anfälle.
2. Durch Trional wird die Schwere der Krämpfe in der Mehrzahl der Fälle stärker herabgesetzt als durch Bromsalze.
3. Die postepileptischen Dämmerzustände wurden durch Trionalbehandlung kürzer oder hörten ganz auf.
4. Die Mehrzahl der Kranken wurde nach Trional verträglicher und ruhiger, als sie unter Brombehandlung waren, sie konnten deshalb zur Beschäftigung herangezogen werden.
5. In einer geringen Anzahl der Fälle konnte eine Besserung des Geisteszustandes festgestellt werden.
6. Bei Beobachtung der notwendigen Vorsichtsmaßregeln ist Trional längere Zeit ohne Nachteil für die Kranken gegeben worden.
7. Trional ist auch bei anderen Krankheiten, in denen eine erhöhte Reizbarkeit des Gehirns oder der Nerven besteht, von günstigem Erfolg. (Ther. Halbmhft. 1920 Nr. 3.)

Medizinische Schutzbehandlung des Geisteskranken im Privathause. Für diesen, dem praktischen Arzt besonders wichtigen Abschnitt psychiatrischer Behandlung vor der Ueberführung des Patienten in die Anstalt gelten folgende Vorschriften¹⁾: „Erstes Erfordernis ist die Bettruhe. Der Kranke muß unter allen Umständen unter genügender Bedeckung gehalten werden, so daß er in gleichmäßiger Wärme liegt. Das ist das beste Beruhigungs- und Schutzmittel und erleichtert die Ueberwachung des Kranken. Nur zur Verrichtung seiner Bedürfnisse darf der Kranke aufstehen, und das ist nicht einmal immer notwendig. Gelingt es nicht, den Kranken im Bett zu halten, oder erweist sich als Unterstützung der Bettbehandlung die Badebehandlung zweckmäßig oder erforderlich, dann trete sie in ihr Recht. Ist ein Bad vorhanden und unbedenklich zu gebrauchen, dann sind Vollbäder in der gewöhnlichen Wärme von 35—34° C zu geben. Bei allen Erregungszuständen sind sie zu Dauerbädern zu verlängern. Eine, zwei und mehr Stunden sollen erregte Kranke darin verweilen, Für Nachwärmung ist in geeigneter Weise durch Nachgießen von warmem Wasser Sorge zu tragen. Derartige Bäder können, ja

¹⁾ Die Vorschriften sind abgefaßt in Anlehnung an des Verfs., Herrn Geh.-Rat A. Erlenmeyer-Bendorf a. Rh., soeben erschienenes Buch: Erste Hilfe bei Geisteskranken. 5 Vorträge für Hausärzte. Bonn, F. Cohen, 1919. Preis 7,80 Mk. Die Red.

müssen bei dauernder Erregung auch während der Nacht gegeben werden. Auch bei Kranken mit Verstimmungszuständen und Angst bringen sie meistens große Beruhigung. Hierbei ist selbstverständlich darauf zu achten, daß die Kranken den Kopf nicht unter Wasser halten. Auch diese Kranken können stundenlang im Bade verweilen. Steht kein Bad zur Verfügung, dann sind feuchte Einpackungen oder Einwicklungen anzuwenden, die natürlich in richtiger und sachgemäßer Weise auszuführen sind. In einer solchen feuchten Packung soll der Kranke nicht länger als eine Stunde liegen bleiben, damit keine Temperatursteigerung des Körpers durch Wärmestauung eintritt. Wenn erforderlich, können diese Einpackungen in Zwischenräumen wiederholt werden. Bei unruhigen Kranken genügt auch oft eine trockene Einpackung in eine Woldecke. Auch sie dehne man nicht über eine Stunde aus, weil auch bei ihr starke Wärmestauungen vorkommen können. Neben dieser äußerlichen Bett- und Badebehandlung kommt die Behandlung mit Arzneimitteln in Betracht. Im wesentlichen handelt es sich dabei um narkotische Mittel, die dem Kranken Beruhigung und Schlaf verschaffen sollen. Chloralhydrat, Paraldehyd, Amylenhydrat, Sulfonal, Trional, Veronal, Medinal und Luminal sind diejenigen, auf deren Wirkung man sich am meisten verlassen kann. Die sogen. Nervenberuhigungsmittel, an und für sich vortreffliche Mittel, versagen bei wirklich starken psychotischen Erregungen vollständig, man sollte sich deshalb nicht mit ihnen aufhalten. Die Dosis muß gewählt werden einmal mit Rücksicht auf das Geschlecht und die Körperbeschaffenheit des Kranken, dann mit Rücksicht auf die Stärke der zu bekämpfenden Erregung. Hier ist zwar Vorsicht am Platze, namentlich bei der Wahl der ersten Dosis, man kann aber doch gerade bei der häuslichen Behandlung Geisteskranker, wenn nicht ganz besondere Gegenanzeigen von seiten des Herzens und der Gefäße vorliegen, zu dreisteren Dosen greifen. Die Zeit, zu der das abendliche Schlafmittel gegeben werden soll, ist nicht ganz gleichgültig. Abgesehen davon, daß der Inhalt des Magens von wechselnder Bedeutung für die Auflösung des Mittels sein kann — manche Mittel beanspruchen Säurefreiheit, die erst eine bestimmte Zeit nach der Mahlzeit eintritt —, abgesehen auch davon, daß die Lösungsfähigkeit verschiedener Mittel sehr verschieden ist, gibt es zweifellos eine individuell sehr variable Reaktion auf narkotische Mittel. Dasselbe Mittel in gleicher Dosis wirkt bei dem einen Kranken schnell, bei dem andern langsam, was in den Einzelheiten meistens schnell festzustellen ist. Die Folge davon wird die sein, daß die Zufuhr des Mittels eine, zwei, drei und oft noch mehr Stunden vor der gewünschten Wirkung angeordnet werden muß. Die abendliche

Dosis eines Schlafmittels, die oft sehr hoch gegriffen werden muß, kann dadurch nicht unwesentlich verringert werden, daß dasselbe Mittel im Laufe des Tages in refracta dosi mehrere Mal gegeben wird, oder daß andere Mittel gleicher oder ähnlicher Wirkung zur Unterstützung verabfolgt werden. So kann man z. B. 2 mal am Tage je 0,5 g Chloralhydrat, oder 2—3 mal je 0,5—0,8 g Sulfonal oder je 0,5 g Trional plus 0,2—0,3 g Phenazetin — eine vorzügliche Zusammenstellung — oder auch mehrmals je 1,5—2,0 g Bromsalze dem Kranken beibringen. Auf diese Art sind vielfache Variationen und Zusammenstellungen möglich. So erfolgreich sich diese Ratschläge nun auch bei leichten oder mittelschweren psychotischen Erregungen erweisen mögen, bei wirklich großen, tobsüchtigen und gewalttätigen Aufregungen Geisteskranker kommt man damit nicht aus. Da gibt es nur ein Mittel, das die Situation beherrscht, das ist Scopolaminum (synonym Hyoscinum) hydrobromicum in Verbindung mit Morphinum. Beide werden in Wasser gelöst und unter die Haut gespritzt. Folgende Anwendung empfiehlt sich am meisten: man verschreibt vom Hyoscin eine 2 prom., vom Morphinum eine 2 proz. Lösung. Beide Lösungen sind in je einem Fläschchen aufzubewahren und sollen erst unmittelbar vor dem Gebrauche gemischt, d. h. in die Spritze gefüllt werden. Eine gewöhnliche, 1 ccm enthaltende Pravaz- oder Rekordspritze, zur einen Hälfte aus der genannten Morphinum- und zur andern Hälfte aus der genannten Hyoscinlösung gefüllt, enthält also 0,01 g Morphinum und 0,001 g Hyoscin. Das ist eine Dosis, die als erste nur einem körperlich sehr kräftigen, mit gesundem Herzen versehenen, sehr aufgeregten geisteskranken Manne eingespritzt werden sollte. In der Regel wählt man besser die erste Einspritzung niedriger, also z. B. 3 Teilstriche Morphinum und 4 Striche Hyoscin, oder zu gleichen Teilen 3 oder 4 Striche. Bei Frauen muß man immer mit kleinen Dosen beginnen. Die folgenden Einspritzungen können höher dosiert werden, die Kranken gewöhnen sich schnell an das Mittel und vertragen es gut. Die im Handel befindlichen Ampullen von „Scopomorphin“, deren jede 0,015 g Morphinum und 0,0006 g Scopolamin in 1 ccm Wasser enthält, sind wegen der festgelegten Dosis nicht immer zu empfehlen. Die Morphinumdosis ist zu hoch, die Scopolamindosis zu niedrig. Ist aus letzterem Grunde eine Steigerung nötig, muß man also zur zweiten Ampulle greifen, dann würde zwar die gesteigerte Scopolamindosis nicht gefahrdrohend, aber die gesteigerte Morphinumdosis könnte unangenehme, vielleicht sogar nicht ganz ungefährliche Nebenerscheinungen (Atmungs-lähmung!) hervorbringen. Nach der Einspritzung wird der Kranke ruhiger. Alle Bewegungen werden langsamer; das Herumlaufen,

Gestikulieren, Singen, Sprechen u. dergl. läßt allmählich nach, um dann schließlich ganz aufzuhören. Es tritt eine sichtbare Erschlaffung der Gliedmaßen ein, der Kranke wird müde, er sucht einen Sitz oder eine Liegestellung auf, er läßt den Kopf hängen. Er wird auch geistig müde und schlaff und gibt jeden Widerstand auf. Er läßt jetzt alles mit sich machen. Puls und Atmung bleiben ganz unbeeinflusst, nur der Kopf wird etwas röter, die Pupillen weiter. In diesem Zustande ist der Kranke etwa 20 bis 25 Minuten nach einer genügend starken Einspritzung. Dann tritt gewöhnlich, aber nicht immer, der Schlaf ein. Vorher sollte man dem Kranken Wasser zu trinken geben, weil Hyoscin meistens starken Durst macht. Bei der Lagerung des Kranken ist darauf zu achten, daß sein Kopf nicht nach hinten überhängt. Der Schlaf kann mehrere Stunden dauern, deren Zahl von der eingespritzten Dosis abhängig ist. Währenddessen ist die Atmung des Kranken genau zu überwachen, und wenn Störungen in derselben eintreten sollten, was sehr selten vorkommt, dann wäre der Unterkiefer nach vorn zu drücken und die Zunge hervorzu ziehen. Wenn der Kranke Arzneimittel schluckt, kann man auch Scopolamin innerlich verabreichen. Es ist fast geschmacklos. Von der 2 prom. Lösung sind 15 oder 20 Tropfen in Kaffee die geeignete Dosis. Diese Portion kann man dem Kranken 2, auch 3 mal am Tage zuführen. Die Wirkung ist eine gut beruhigende, wenn auch nicht entfernt so stark wie die einer Einspritzung. Ein weiterer wichtiger Gegenstand der medizinischen Schutzbehandlung des Geisteskranken während seines Aufenthaltes in der Familie ist seine Ernährung. Die Nahrungsaufnahme kann aus verschiedenen körperlichen und seelischen Gründen gestört und beeinträchtigt sein und so weit zurückgehen, daß zur Ernährung mittels Schlund- oder Magensonde geschritten werden muß.“

(Ther. Halbmhft. 1920 Nr. 3.)

Ueber die Beeinflussung kardialer und nephritischer Oedeme durch die Salomonsche Kartoffelkur. Von Dr. Deist (Innere Abteil. des Katharinenhospitals in Stuttgart). Die Carellkur ist eine Schonungskur für das Herz. Die Hauptmomente der Schonung beruhen in dem Volumenmangel und der Flüssigkeitsarmut der Kost, sowie besonders in ihrer Kochsalzarmut. Die letztere kann aber nicht die ganze Wirkung darstellen, denn man hat an Versuchen zeigen können, daß nur kochsalzarme Kost ohne Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr nicht denselben Erfolg hat. Auch die Eiweißarmut der Carellkur wird zur Erklärung der Wirkung herangezogen. Außerdem wird schon der Milch an sich eine leichte diuretische Wirkung zugeschrieben. Die Carell-

Kur ist eine reine Milchdiät. Die zweckmäßigste Art ihrer Durchführung ist folgende: Der Kranke bekommt 4 mal am Tag (um 8, 12, 4 und 8 Uhr) je 200 ccm gekochte Milch, außerdem aber in den ersten 5—7 Tagen keine andere flüssige oder feste Nahrung. Später, in den folgenden 5—6 Tagen, gestattet man Zusätze, z. B. ein Ei um 10 Uhr, etwas Zwieback um 6 Uhr, später mehrere Eier und Weißbrot, weiterhin gekochtes Fleisch, Gemüsebrei, weichen Reis. Etwa 12 Tage nach Beginn der Kur erfolgt der Übergang zu gemischter Kost, wobei jedoch die Milch ihre Stelle behält und in den folgenden 2—4 Wochen die Gesamtmenge der Flüssigkeit 800—1000 ccm im allgemeinen nicht überschreitet. Als Indikationen für die Kur gelten chronische und auch akute Kreislaufstörungen mit Atemnot, Zyanose und Hydrops der Haut und der Körperhöhlen. Besonders günstig sind die Aussichten für eine erfolgreiche Behandlung bei Myokarderkrankungen, und hier wieder vorzüglich bei solchen arteriosklerotischer Natur. Als Voraussetzung für die Kur verlangt Kraus noch 1911 eine ausreichende Pulsspannung und eine gute Leistungsfähigkeit der Nieren. Wie schon gesagt, spielt bei der Pathogenese der kardialen Oedeme die Chlorretention eine bedeutsame Rolle. Darin hat das diätetische Verfahren der Dechloruration, die Kraus angegeben hat, seine ätiologische Begründung. Die therapeutische Anwendung der Dechloruration bezweckt mittels Beschränkung des Chlorgehalts der Nahrung den Anreiz zu vermehrter Ausscheidung des retinierten Chlors. Um diesen Zweck einer möglichst energischen Entkochsalzung zu erreichen, kann man eine Diät mit noch weniger Kochsalz als bei der reinen Milchdiät geben. In diesem Fall müssen in erster Linie die Kartoffeln zur Anwendung gelangen. Salomon ist der Frage nachgegangen, ob wohl bei dem Carellschen Verfahren die Milch das dem Ziel der Kur zweckdienlichste Nahrungsmittel sei. Er hat an die Stelle der Milch die Banane oder die Kartoffel gesetzt. Salomon hat die Kartoffeln deswegen genommen, um damit auch das noch in der Milch vorhandene Kochsalz, also das Ziel der Dechloruration verfolgend, zu sparen und vielleicht auch durch den hohen Kalisalzgehalt der Kartoffel die Ausfuhr der Chloride aus dem erkrankten Organismus zu beschleunigen. Theoretisch erklärt Salomon den Erfolg damit, daß die salzfreie Nahrung bei guter Salzausscheidung eine Entsalzung des Organismus herbeiführt und damit die Entwässerung begünstigt. Der wesentliche Unterschied gegenüber der Carellkur und der hervorragendste Bestandteil der Kartoffelwirkung liegt demnach in dem Vorhandensein der Kalisalze in der Kartoffel begründet. Salomon hat den Kranken täglich 5 mal 200 g Kartoffeln ge-

geben. Sie sind in der Schale gekocht und werden entschalt ohne Salz dem Kranken gereicht. Diese erhalten außer den Kartoffeln keine weitere feste Nahrung. Als Flüssigkeit dienen 1000 g Fruchtsaft. Die Kalorienmenge dieser Kost bewegt sich zwischen 800 und 1000. Nach Salomon kommt man im allgemeinen auch bei schwereren Zuständen mit 3 strengen Kartoffeltagen aus und soll dann sehr langsam zu gemischter, aber kochsalzfreier Kost übergehen. Er hält seine Modifikation der alten Carellkur überlegen. Es ist unbedingt notwendig, im Anschluß an diese modifizierte Carellkur noch etwa 2—3 Wochen kochsalzfreie Kost zu geben und auch dann noch weiterhin kochsalzarme Diät beizubehalten. Die kochsalzarme Kost soll im Anfang täglich 5—6 g und später, wenn noch Brot dazukommt, 7—8 g Kochsalz enthalten. Verf. hat die Kartoffelkur im allgemeinen so durchgeführt, daß zunächst 2—3 strenge Kartoffeltage gegeben wurden, während welcher die Kranken also nur Kartoffeln und Himbeersaft bekommen. Daran anschließend werden dieselben Mengen (1000 g Kartoffeln und 1 Liter Himbeersaft) mit einem Zusatz von Butter, Eiern, Zwieback oder Weißbrot etwa noch 4—5 Tage je nach Möglichkeit weitergegeben. Dann erst geht man zu kochsalzfreier gemischter Kost, in der Hauptsache Breinahrung, über. Nebenher kann ohne weiteres eine medikamentöse Behandlung durchgeführt werden. Die Digitalis- und die modifizierte Carellkur schließen sich nicht aus. Im Folgenden wird nun kurz berichtet, welche Erfahrungen Verf. mit der Kartoffelkur gemacht hat. Zusammenfassend ist Folgendes zu sagen: Die von Salomon angegebene Kartoffelmodifikation der Carellkur verdient es, bei kardialen Oedemen weitgehend, zunächst noch versuchsweise, angewendet zu werden. Die Akten sind über die durch sie zu erzielenden Erfolge noch nicht endgültig geschlossen. Die Beeinflussung kardialer Oedeme scheint, wenn die Krankheit noch nicht zu lange und ohne schwerere Komplikationen besteht und noch eine genügende Pulsspannung bei guter Salzausscheidung vorhanden ist, zufriedenstellend zu sein, so daß in solchen Fällen die Kartoffelkur in Anbetracht der Milchknappheit eine Bereicherung der Therapie bedeutet. Eine Schädigung durch das Verfahren ist unter diesen Umständen nicht zu befürchten. Anders bei den nephritischen Oedemen. Hier ist unbedingt Vorsicht notwendig. Es wird bei der von Kraus im Blick auf die Carellkur schon 1911 ausgesprochenen Ansicht bleiben, daß man zu solchen Kuren eine gute Leistungsfähigkeit der Nieren, besonders bezüglich von Kochsalz, voraussetzen muß. Man kann bei schweren chronischen Nephritiden mit der Kartoffelkur nicht unwesentlich schaden, während bei akuter Nephritis die Anwendung derselben keine Vorteile bietet.

(Zbl. f. innere Med. 1919 Nr. 48.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ueber Erfahrungen mit „Staphar“ (Mast-Staphylokokken-Einheitsvakzine nach Prof. Strubell) auf Staphylokokkeninfektionen. Von Dr. Georg Krebs (Leipzig). Zusammenfassung: „1. Staphar ist eine hochwertige Staphylokokkenvakzine. 2. Der therapeutische Erfolg ist bei der Behandlung von Staphylokokkeninfektionen hervorragend. 3. Im Vordergrund der Vorzüge des Staphars vor anderen Vakzinen steht die auffällig schnelle und sichere Einwirkung auf die Krankheitsprozesse. 4. Nebenerscheinungen nennenswerter Art oder schädliche Nachwirkungen habe ich nicht beobachtet. 5. Besonders wertvoll ist die Kenntnis von der günstigen Einwirkung auf venerische Bubonen.“

(D. m. W. 1920 Nr. 18.)

Thigenol bei Furunkulose ein sehr gutes Prophylaktikum! Diese Erfahrung hat Kuhn (St.-Norbert-Krankenhaus Berlin-Schöneberg) gemacht. Ein Aufstrich des Mittels, das ohne weiteres antrocknet und gut haftet, schützt die umgebende Haut gegen den infektiösen Eiter und gegen Weiterausdehnung des Leidens.

(Ther. Halbmonat. Mai 1920.)

Chlor gegen Sykosis. Von Dr. Hugo Bayer. Vor zirka 3 Monaten erschien eine Patientin mit ihrem Verlobten, welcher an ziemlich ausgebreiteter Sykosis erkrankt war. Sie bat, denselben rasch zu kurieren, da sie binnen kurzem heiraten solle. In seiner Verlegenheit erinnerte Verf. sich an die bakterientötende Eigenschaft des Chlors und riet dem Patienten, das von Binz zur Behandlung von Frostbeulen empfohlene Präparat:

Rp. Calcar. chlorat. 20,0

Ungt. paraffin.

ad 20,0

Mfugt. subtil.

Det. in. vitr. fusco!

S. Salbe

anzuwenden und gab ihm die Anweisung, die Salbe etwa durch 5 Minuten auf die erkrankten Stellen einzureiben und dann mit Leukoplast zu bedecken, dieses Verfahren täglich zu wiederholen. Zum Erstaunen der Aerzte, in deren Behandlung er bisher gewesen ist, war Patient binnen einigen Tagen geheilt. Verf. glaubt um so mehr auf diese Medikation bei parasitären Erkrankungen der Haut aufmerksam machen zu dürfen, als es ihm gelungen ist, vor mehreren Jahren ein Erysipel des Gesichtes, an welchem die Mutter eines Kollegen erkrankt war, nachdem bei derselben durch ziemlich lange Zeit Ungt. argent. colloidal mit nicht be-

friedigendem Erfolg verwendet worden war, auf dieselbe Art binnen einigen Tagen zur Heilung zu bringen.

(W. m. W. 1920 Nr. 19.)

Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit intravenösen Kollargolinjektionen kann Dr. K. Romeick (Städt. Frauenklinik Magdeburg-Sudenburg) auf Grund von 20 Beobachtungen nicht allgemein empfehlen. Zwar trat (bei Kombination mit Lokaltherapie) bei 17 Fällen Heilung in wesentlich kürzerer Zeit ein als bei Lokaltherapie allein, doch blieben 3 Fälle ungeheilt, und die Injektionen erwiesen sich nicht als indifferent. Nahezu in der Hälfte der Fälle nach 3—4 Stunden recht erhebliche Temperatursteigerungen mit schwerem Krankheitsgefühl, Kopf- und Rückenschmerzen, meist nach einigen Stunden zurückgehend, aber für die Kranken doch sehr schwächend. 3 mal wurden erheblichere Störungen beobachtet. (Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 23.)

Behandlung der Gonorrhoe mit dem Vakzinepräparat Vakzigon. Von Assistenzarzt Dr. Peters (Aus dem Dermatologischen Stadtkrankenhaus II in Hannover-Linden). Bei Epididymitis, Prostatitis, Deferentitis ist in sehr vielen Fällen die Anwendung des Vakzigons von großem Nutzen, sodaß in allen diesen Fällen wenigstens ein Versuch mit dem Präparat anzuraten ist, besonders da in keinem Falle irgendwelche nennenswerten Schädigungen des Patienten durch Vakzigon konstatiert werden konnten. Ganz besonders wirksam ist das Vakzigon bei den gonorrhoeischen Gelenkerkrankungen, sie ist hier fast als Methode der Wahl zu bezeichnen. Dagegen versagt das Vakzigon bei der unkomplizierten Gonorrhoe der Männer sowohl wie der Frauen, sowie bei dem Tripperscheidenkatarrh der kleinen Mädchen. In allen Fällen, wo es sich darum handelt, festzustellen, ob eine Gonorrhoe geheilt ist oder nicht, also zu provokatorischen Zwecken, ist es durchaus angebracht, Vakzigon zu verabfolgen. Sowohl in diagnostischer wie in therapeutischer Beziehung empfiehlt es sich, das Vakzigon erforderlichenfalls in Kombination mit anderen bisher bekannten Methoden zu verwenden. (D. m. W. 1920 Nr. 15.)

Novasurol hat Dr. Voigt (Würzburg) als ein Antisymphilikum schätzen gelernt, das bei Spätperiodenerscheinungen rasch und sicher wirkt (Gefühl des Hirndrucks, Kopfschmerzen, Trägheit des Denkvermögens, Schmerzen in der Herzgegend, Schwindel, Bewußtseinstörungen, motorische Störungen, Photopsien, Skotome, Gehörhalluzinationen). Bereits nach 2—3 Einspritzungen (intramuskulär in die Glutäen) wesentliche Besserung, nach 10—12

Injektionen Heilung. Auf die Dosis von 2,2 ccm aber sehr heftige Reaktionserscheinungen (ältere, körperlich nicht widerstandsfähige Leute). Daher Beginn mit kleinen Dosen (0,6), langsam bei eintägigen Zwischenpausen bis zu 1 ccm steigend.

(Ther. Halbmhft. Mai 1920.)

Ueber Erfolge mit der einzeitig kombinierten Salvarsan-Sublimatbehandlung der Syphilis nach Linser berichtet Prof. Dr. Carl Bruck (Aus der dermatolog. Abteilung des Städt. Krankenhauses Altona). In der Technik hielt Verf. sich genau an die Angaben Linsers. Es wurde die in etwa 5 ccm dest. Wassers gelöste Neosalvarsandose (bei Männern 0,45—0,6, bei Frauen 0,3—0,45) in eine 10 ccm-Glasspritze aufgesogen, dann 2 ccm einer 1%igen wäßrigen Sublimatlösung nachgezogen und der entstandene schwärzlich-grüne Niederschlag mit einer Luftblase umgeschüttelt. Die Aufschwemmung wird dann in der gewöhnlichen Weise intravenös injiziert. Die Technik ist so einfach, daß sie gegenüber der sonst üblichen Neosalvarsaninjektion nicht die geringsten Schwierigkeiten aufweist. Auf diese Weise hat Verf. in Abständen von ca. 5 Tagen je eine Sublimat-Neosalvarsaneinspritzung gemacht, und zwar begann er bei Männern mit 0,45 Neosalvarsan + 0,02 Sublimat und ließ dann ca. 6 Injektionen von 0,6 + 0,02 Sublimat folgen bis zur etwaigen Gesamtdose von 4 g Neosalvarsan + 0,14—0,18 Sublimat. Bei Frauen begann er mit 0,3 Neosalvarsan + 0,02 Sublimat, stieg dann auf 0,45 + 0,02 bis zur Gesamtdose von 3—3,5 Neosalvarsan und 0,14 bis 0,18 Sublimat. Irgendwie erhebliche Nebenerscheinungen lokaler oder allgemeiner Natur wurden nie beobachtet. In manchen Fällen trat bei Frühluës das bekannte Spirochätenfieber nach der 1. oder 2. Injektion auf, während die folgenden Einspritzungen reaktionslos vertragen wurden. Erscheinungen von seiten der Venenwand, Stomatitis, Durchfälle, Albuminurie oder Exantheme wurden nie beobachtet. Verf. kann also die von Linser betonte ausgezeichnete Verträglichkeit dieser Behandlung durchaus bestätigen. Wenn er auch nicht über die Einzeldose von 0,02 Sublimat hinausgegangen ist, so zweifelt er nicht daran, daß auch die Linsersche Angabe, wonach man nötigenfalls diese Dose noch erheblich steigern kann, zu Recht besteht. Behandelt wurden im ganzen 24 Fälle mit 174 Injektionen. Da diese Methode in erster Linie zur Behandlung der Frühluës von Bedeutung erschien, wurden vorläufig nur Krankheitsfälle der Frühperiode herangezogen. Was nun die Resultate anbelangt, so wurden die sichtbaren Erscheinungen (Primäraffekte, Papeln, Exantheme) in allen manifesten Fällen prompt beeinflusst. Diese Beeinflussung

erfolgt mindestens ebenso rasch als bei der üblichen zweizeitigen Neosalvarsan-Hg-Behandlung, sie erfolgt aber weniger rasch als nach Silbersalvarsaninjektionen (allein oder in Kombination mit Hg). Während das Silbersalvarsan die sichtbaren Erscheinungen fast regelmäßig schon nach der 1. oder 2. Injektion beseitigt, verschwinden die Symptome nach der Linserbehandlung zuweilen erst nach der 3. oder 4. Injektion völlig, ebenso wie wir dies nach der kombinierten Neosalvarsan-Hg in der bisher üblichen Form zu sehen gewohnt sind. Dagegen ist die Wirkung der Linserbehandlung auf die Serumreaktion derjenigen der zweizeitigen Neosalvarsan-Hg-Behandlung mindestens gleichwertig.

Zusammenfassung.

1. Die einzeitige intravenöse Kombinationsbehandlung (Neosalvarsan + Sublimat) nach Linser hat sich bei Frühluës als eine einfache, ohne irgendwelche Nebenerscheinungen durchführbare und in ihrer Wirkung auf Erscheinungen und Serumreaktion sehr befriedigende Methode erwiesen. Sie scheint in ihrer Wirkung der üblichen zweizeitigen Neosalvarsan-Hg-Behandlung mindestens gleichwertig zu sein, ermöglicht die Durchführung einer völlig schmerzfreien Behandlung und gewährt dem Patienten in zeitlicher und materieller Hinsicht einen nicht unerheblichen Vorteil.

2. Die Dauerwirkung und der Einfluß der intravenösen Kombinationsbehandlung bei Spätluës muß weiterem Studium vorbehalten bleiben.

3. Eine gleichzeitige intravenöse Behandlung mit einer Mischung Neosalvarsan + Novasurol scheint bei gleichguter Verträglichkeit in ihrer Wirkung der Neosalvarsan-Sublimatbehandlung noch überlegen zu sein.

(M. m. W. 1920 Nr. 15.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Gratzner in Berlin-Friedenau.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs
M. 14.- ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

29. Jahrgang

Nr. 12.

September 1920

Krankheitsbilder.

Ueber Encephalitis epidemica (Encephalitis lethargica) hielt Prof. Dr. Adolf Strümpell (Leipzig) folgenden Vortrag: „Wann die epidemische Enzephalitis bei uns in Leipzig zuerst aufgetreten ist, läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen, da die ersten Fälle der bis dahin wenig beachteten Krankheit in ihrer Deutung noch ganz unsicher waren. Jetzt nachträglich glaube ich mit Bestimmtheit sagen zu können, daß einzelne Fälle im Krankenhause schon 1918 vorkamen und daß wahrscheinlich mehrere schon in den vorhergehenden Jahren beobachtete Fälle von schwerster, akut tödlicher fieberhafter Zerebralerkrankung ohne wesentlichen, mit bloßem Auge sichtbaren anatomischen Hirnbefund auch hierher gehören. Die allgemeine Aufmerksamkeit der Aerzte auf die „neue Krankheit“ wurde erst gelenkt durch die bekannte Arbeit von Economo über die „Encephalitis lethargica“. Der glücklich gewählte Name wies in treffender Weise auf eine in der Tat häufige und höchst eigenartige Form der Enzephalitis hin, die jedem Arzt am Krankenbett sofort auffallen mußte und daher leicht als solche erkannt werden konnte. Immerhin zeigte die weitere Erfahrung, daß die „Lethargie“, d. h. die auffallende Schlafsucht, doch nur bei einem Teil der Fälle das am meisten hervortretende Symptom ist und daß in anderen Fällen ganz andere Erscheinungen das Krankheitsbild beherrschen. Ich halte daher den Namen Encephalitis lethargica nur gerechtfertigt zur Bezeichnung einer bestimmten häufigen und sehr eigenartigen Form der akuten Enzephalitis, während die Krankheit als solche einstweilen wohl am besten im Hinblick auf ihr unzweifelhaft epidemisches Auftreten als Encephalitis epidemica zu bezeichnen ist. Damit wäre auch eine gewisse Analogie mit der Meningitis cerebrospinalis epidemica hervorgehoben, eine Analogie, die sich wahrscheinlich

auch in der Hinsicht herausstellen wird, als einzelne sporadische Fälle beider Krankheiten auch außerhalb einer Epidemie jederzeit auftreten können. Die Beurteilung der ersten, vor etwa 2 Jahren aufgetretenen Enzephalitisfälle wurde dadurch erschwert, daß die neue Krankheit sich unmittelbar in eine herrschende Influenzaepidemie hineinschob. Da bekanntlich zur Zeit einer Influenzaepidemie mancher nicht sicher zu deutende Krankheitsfall leichtthin zur Influenza gerechnet wird und da aus früheren Influenzaepidemien das Vorkommen schwerer enzephalitischer Erkrankungen bei der Influenza, einer sogen. „Influenzaenzephalitis“, hinlänglich bekannt war, so wurden, wenigstens bei uns und wahrscheinlich auch an anderen Orten, die ersten Fälle der Encephalitis epidemica als „Influenzaenzephalitis“ gedeutet. Es ist in der Tat auffallend, daß sich, wie es scheint, fast aller Orten die epidemische Enzephalitis an eine vorhergehende Influenzaepidemie angeschlossen hat. Immerhin halte ich die beiden Krankheiten für ätiologisch durchaus verschieden. Denn den Höhepunkt ihrer Ausbreitung hat die Encephalitis epidemica bei uns erst jetzt im Jahre 1920 erreicht, zu einer Zeit, wo die Influenza bereits so gut wie ganz erloschen ist. Ferner ist es nicht die Regel, sondern eine Ausnahme, wenn die Encephalitis epidemica zunächst mit den charakteristischen Krankheitserscheinungen der Influenza beginnt. Und endlich ist auch der anatomische Befund in den Fällen, die bisher als Influenzaenzephalitis gedeutet wurden, ein anderer als bei der Encephalitis epidemica. Letztere läßt mit bloßem Auge nur geringfügige Veränderungen (diffuse Hyperämie, leichte Schwellung u. dgl.) an der Gehirnschubstanz erkennen, während die Influenzaenzephalitis sich bisher fast stets als umschriebene, hauptsächlich in einer Hemisphäre lokalisierte, punktförmig-hämorrhagische Enzephalitis dargestellt hat. Die zwischen der Influenza und der Encephalitis epidemica in der Tat anscheinend bestehenden Beziehungen möchte ich in ähnlicher Weise auffassen, wie etwa die lange bekannten Beziehungen zwischen Masern und Keuchhusten. Auch diese beiden Krankheiten treten auffallend oft gleichzeitig oder kurz nacheinander in epidemischer Ausbreitung auf, und ebenso ist es keine Seltenheit, daß dasselbe Kind unmittelbar nacheinander an Masern und Keuchhusten oder umgekehrt erkrankt. Es handelt sich offenbar um gleichartige Bedingungen für die Ausbreitung und die Ansiedlung der betreffenden Krankheitserreger. Ich selbst habe 3 Fälle beobachtet, wo sich an eine anscheinend wohl charakterisierte Influenzapneumonie die ausgesprochenen Erscheinungen der Enzephalitis (2 mal der lethargischen Form, 1 mal der katatonen Form) anschlossen. In all den anderen, etwa 25 Fällen epidemischer Enzephalitis, die ich bisher beobachtet habe, auf

denen die nachfolgende Schilderung der Krankheitssymptome beruht, entwickelte sich die Krankheit als ein durchaus selbständiges Leiden. Die epidemische Enzephalitis tritt vorzugsweise bei jugendlichen Personen, etwa im Alter zwischen 15 und 25 Jahren, auf. Einige bei kleinen Kindern beobachtete Fälle blieben in ihrer Deutung zweifelhaft. Die drei ältesten Kranken waren 50, 52 und 59 Jahre alt, auffallenderweise alles Männer, während sonst im allgemeinen das weibliche Geschlecht entschieden häufiger befallen war. Von 25 Kranken waren 18 weiblichen Geschlechts. Die Krankheit beginnt meist ziemlich plötzlich, so daß nicht selten ein bestimmter Tag als erster Krankheitstag angegeben werden kann. Besondere veranlassende Ursachen wurden fast niemals genannt. Nur in einigen, und zwar zuweilen gerade sehr schwer verlaufenden Fällen (s. u.) schienen dem akuten Krankheitsbeginn längere Zeit gewisse unbestimmte Vorläufer vorhergegangen zu sein, deren Bedeutung freilich meist zweifelhaft bleiben mußte. Die ersten anfänglichen Erscheinungen bieten nach meinen Erfahrungen kein einheitlich-charakteristisches Krankheitsbild dar. Oft gaben die Kranken bzw. deren Angehörige als erste Symptome auffallende Mattigkeit, Schwäche, Schwindel, schmerzhaft Empfindungen am Kopf, im Leib, in den Beinen u. dgl. an. Ein anfänglicher Schüttelfrost scheint fast niemals vorzukommen. Auch stärkere katarrhalische Erscheinungen von seiten der oberen Wege fehlen fast immer. Nur vereinzelt schien eine anfängliche Angina bestanden zu haben. Bemerkenswert ist, daß heftige Kopfschmerzen, etwa wie bei einer beginnenden Meningitis, keineswegs häufig auftreten, weder zu Beginn, noch im späteren Verlauf der Krankheit. Dies hängt offenbar mit dem gewöhnlichen Fehlen einer stärkeren allgemeinen Hirndrucksteigerung zusammen, was man aus dem Verhalten des Liquordruckes und der Papilla nervi optici entnehmen kann. Etwas häufiger als der Kopfschmerz, aber auch keineswegs oft, tritt zu Anfang Erbrechen auf, welches nur ausnahmsweise längere Zeit anhält und im späteren Verlauf der Krankheit fast niemals beobachtet wird. Sehr bald, schon am 2. oder 3. Krankheitstag, oft aber auch fast von Anfang an, treten nun gewisse Erscheinungen auf, die der Krankheit ihr charakteristisches zerebrales Gepräge geben. Zuweilen werden die Kranken zunächst unruhig, schlaflos, verwirrt, unklar. Auch stärkere Delirien können sich einstellen. In anderen Fällen treten sehr bald motorische Augenstörungen auf, wie sie auch für den ganzen späteren Krankheitsverlauf charakteristisch sind. Die Kranken klagen über Doppeltsehen, und die genauere Untersuchung der Augen ergibt eine deutliche Parese eines Augenmuskelnerven (Abduzens, Trochlearis u. a.), außerdem nicht selten schon einen leichten Nystagmus und

eine schlechte Reaktion der Pupillen. Vor allem sind es aber nun gewisse bald eintretende, zum Teil höchst eigenartige Erscheinungen, die dem ganzen Krankheitsbild ein sehr charakteristisches Gepräge geben und nach deren Auftreten in dieser oder jener Art man gewöhnlich die verschiedenen „Formen“ der epidemischen Enzephalitis zu unterscheiden pflegt. Unter diesen Erscheinungen nimmt gewiß die eigentümliche Schlafsucht, die Lethargie der Kranken, die erste Stelle ein. Sie hat die Krankheit zuerst als etwas Besonderes erscheinen lassen und wahrscheinlich schon in früheren Epidemien den Anlaß zu der Bezeichnung „Schlafkrankheit“ und in der jetzigen zu der Benennung Encephalitis lethargica gegeben. Der Zustand der Lethargie, wie ihn die Kranken in der Regel darbieten, ist ganz eigenartig. Er kann weder mit der „Somnolenz“ noch mit dem „Sopor“ identifiziert werden. Gewiß kommen zuweilen auch Zustände völliger tiefer Bewußtlosigkeit vor. Aber der eigentlich charakteristische lethargische Zustand der Kranken mit Encephalitis epidemica ist keine Bewußtlosigkeit, sondern eine völlige Hemmung aller unmittelbaren psychischen und vor allem auch aller psycho-motorischen Regungen. Die Kranken liegen meist in der Rückenlage etwas herabgesunken, anscheinend regungslos im Bett. Das Gesicht hat den Ausdruck eines ruhig Schlafenden, die Augen sind geschlossen. Doch bleibt zuweilen zwischen den Augenlidern noch ein schmaler Spalt offen. Die Arme liegen leicht gebeugt ruhig da, die Beine gestreckt. Die Atmung ist ruhig, oberflächlich, der Puls wenig verändert. Das Gesicht ist oft ein wenig gerötet. Bewegt man die Arme passiv, so bemerkt man meist eine leichte Muskelspannung. Der passiv erhobene Arm sinkt langsam wieder herab, zuweilen bleibt er auch kurze Zeit kataleptisch stehen. Es kommt vor, daß die Kranken einen Arm von selbst erheben und ihn dann eine Zeitlang regungslos frei in der Luft halten. An den Reflexen ist nichts Auffallendes festzustellen, keine Abschwächung, keine Steigerung, kein dorsaler Zehenreflex. Nur bei genauer Beobachtung bemerkt man hier und da in den Extremitäten eine kleine spontane Muskelzuckung, ein geringfügiges Zucken eines Fingers o. dgl. An den Vorgängen in ihrer Umgebung scheinen die Kranken für gewöhnlich nicht den geringsten Anteil zu nehmen. Schüttelt man sie aber ein wenig und redet sie laut an, so öffnen sie meist etwas die Augen, geben auf die gewöhnlichen einfachen Fragen richtige, wenn auch kurze und leise Antworten, erweisen sich als völlig richtig orientiert über Ort und Personen, zeigen auf Verlangen die Zunge, schütteln oder nicken mit dem Kopf und geben wohl auch die Hand. Fragt man sie, wie es geht, so erhält man meist ein leises „gut“ zur Antwort. Harn und Stuhl werden gewöhnlich nicht ins Bett ent-

leert. Die Kranken machen ihr Bedürfnis nicht bemerkbar, folgen aber einer entsprechenden energischen Aufforderung. Zuweilen freilich wird der Harn in der Blase zurückgehalten und muß mit dem Katheter entleert werden. Selbst dann, wenn man keine Sprachäußerung erzielen kann, zeigt die richtige, wenn auch schwache Ausführung aufgebener Bewegungen das erhaltene Verständnis für die gehörten Worte. Sobald aber die äußeren Anreize aufhören, verfallen die Kranken wieder in den lethargischen Zustand. Oft ist es möglich, die Kranken durch energischen Anreiz zum Essen und Schlucken zu bewegen. Tritt aber nur eine kleine Pause in der Aufmunterung ein, so verfallen die Kranken, oft noch mit dem Bissen im Munde, wieder in ihren Schlafzustand. Dieser lethargische Zustand kann tage-, ja sogar wochenlang anhalten. Zu manchen Zeiten ist er geringer, zuweilen nur angedeutet, zu anderen Zeiten und bei anderen Kranken im höchsten Grade entwickelt. Es kommt auch vor, daß lethargische Zustände mit Zuständen der Unruhe abwechseln. Von dem lethargischen Zustand verschieden, wenn auch manchmal durch gewisse Uebergangsformen mit ihm verbunden, ist das eigentümliche Krankheitsbild, das man als die katatone oder amyostatische Form der Encephalitis epidemica bezeichnen kann. Hier handelt es sich um denselben, in akuter Weise auftretenden Zustand, wie wir ihn als dauerndes Krankheitsbild bei der sogen. Wilsonschen Krankheit und bei der Paralysis agitans sine agitatione beobachten. Auch hierbei liegen die Kranken fast regungslos im Bett. Die Gesichtszüge sind starr, aber die Augen sind geöffnet und fixieren. Die Kranken sind geistig völlig klar, es fehlt aber fast jeder Bewegungsantrieb und ebenso auch fast jeder Sprechantrieb. Die Arme verharren in leichter Beugestellung, die Hände oft in der charakteristischen „Interosseusstellung“ der Paralysis agitans. Die Muskelrigidität bei passiven Bewegungen ist etwas stärker als bei der lethargischen Form, und daher kommt es, daß nicht selten z. B. ein Arm lange Zeit frei ohne Unterlage starr gehalten wird. Passive Bewegungen werden mehr oder weniger ausgesprochen in kataleptischer Weise fixiert. Ausgesprochenes Zittern, wie bei Paralysis agitans, habe ich in den meisten Fällen nicht beobachtet. Nur in einem Fall, bei einer 43jährigen Frau, trat tagelang im Kopf und in den ausgestreckten Armen starkes Wackeln („Pagodenwackeln“) ein. Bemerkenswert aber ist, daß auch bei den völlig ruhigen Kranken die völlige Bewegungshemmung zu anderen Zeiten einer ganz auffallenden Bewegungsunruhe weichen kann. Einer meiner Kranken, der sonst stundenlang fast bewegungslos im Bett lag, bekam zeitweise eine solche Unruhe, daß er sich beständig im Bett aufrichtete, das Bett verließ, sich wieder hinlegte u. dgl.

Auch bei dieser Form fehlen alle Anzeichen einer Pyramidenbahn-erkrankung. Die Sehnenreflexe sind nicht wesentlich gesteigert, man findet keinen ausgesprochenen Babinski-Reflex. Während es sich in den bisher geschilderten Zustandsbildern um Bewegungshemmungen handelte, komme ich nun zur Erwähnung derjenigen Formen der Encephalitis epidemica, bei denen wenigstens eine Zeitlang gewisse motorische Reizsymptome das Krankheitsbild beherrschen. Zuweilen entwickelt sich nach kurzen Vorläufern eine schwere allgemeine choreatische Bewegungsstörung. Ich selbst habe zwei derartige Fälle beobachtet, die zunächst durchaus einer gewöhnlichen schweren Chorea glichen. Beide betrafen junge Mädchen und konnten nur durch gewisse begleitende Symptome (Art des Anfangs, Augenmuskelstörungen u. dgl.) richtig gedeutet werden. In einem der beiden Fälle ging die schwere choreatische Störung nach mehreren Tagen fast unvermittelt in einen *lange* anhaltenden schweren lethargischen Zustand über. Der *choreatischen* Form der Encephalitis lethargica verwandt ist die *athetoide* Form. Ich sah sie nur 1 mal bei einem jungen Mädchen, das neben ausgesprochener Lethargie und sonstigen enzephalitischen Symptomen tagelang deutliche Athetose-Bewegungen im linken Arm und besonders in der linken Hand darbot. Weitaus die eigenartigste Form der bei der Encephalitis epidemica vorkommenden motorischen Reizsymptome bilden die „myoklonischen“ Zuckungen, welche manchen Fällen fast während des ganzen Krankheitsverlaufs das charakteristische Gepräge geben (myoklonische Form der Encephalitis epidemica). Auch von dieser Form sah ich einen leichteren und einen schweren Fall bei einem 52 jährigen Manne, der plötzlich mit Schmerzen im Leibe, völliger Verwirrtheit und großer Unruhe erkrankt war und bei dem sich dann nach bald eintretender geistiger Klarheit tagelang andauernde, beständige kurze, heftige, stoßweise erfolgende Zuckungen vor allem in den Bauchmuskeln und in den Beinen, besonders den Oberschenkeln, einstellten. Die Zuckungen waren schmerzhaft, und auch nach ihrem Nachlassen hielten noch wochenlang die Klagen an über eigentümlich bohrende Schmerzen im Leib und über schmerzhaftes Parästhesien in der Haut des Rumpfes und der Extremitäten. Derartige Fälle sind von anderen Beobachtern in größerer Zahl beobachtet worden, und es scheint, daß die klonischen Muskelzuckungen hierbei ganz besonders häufig in den Bauchmuskeln oder auch in der Form eines krampfhaften Singultus auftreten. Wenn auch die bisher geschilderten Krankheitserscheinungen dem einzelnen Krankheitsfall meist sein besonderes Gepräge geben und ihn als zu einer besonderen „Form“ der Encephalitis epidemica gehörig erscheinen lassen, so ist daneben doch noch auf eine Reihe anderer Sym-

ptome zu achten, die das gesamte Krankheitsbild vervollständigen. Hier sind in erster Linie noch einmal die schon kurz erwähnten motorischen Augensymptome hervorzuheben, die kaum jemals vollständig fehlen und daher auch von diagnostischer Bedeutung sind. Ptosis einer oder beider Augenlider, mangelhafte Blickbeweglichkeit der Bulbi, ein- oder beiderseitige Paresen (nur ausnahmsweise völlige Lähmungen) eines oder mehrerer Augenmuskelnerven, Nystagmus, Veränderungen in der Pupillenweite und in der Lebhaftigkeit und Ausgiebigkeit der Pupillenreaktion — eines oder einige dieser Symptome wird man bei gehöriger Aufmerksamkeit fast in jedem Falle finden. Demgemäß klagen die Kranken auch häufig über störendes Doppeltsehen. Gegenüber den motorischen Störungen spielen Veränderungen des optischen Apparates eine weit geringere Rolle. Häufig ergibt der Augenspiegel einen normalen Befund, in schweren Fällen freilich nicht selten leichte hyperämische oder neuritische Veränderungen am Optikus. Störungen von seiten anderer Gehirnnerven sind nicht häufig. 2 mal sah ich ausgesprochene Parese eines Fazialis, nur 1 mal — noch dazu in einem diagnostisch nicht ganz unzweifelhaften Falle — schwere Störungen von seiten der Akustici (Taubheit, Ohrensausen, verbunden mit starkem Schwindel). Größere Bedeutung haben die zuweilen vorkommenden bulbären Symptome. Die eintretende Schluckstörung kann gefährlich werden, und in den tödlich endenden Fällen der schweren lethargischen oder amyostatischen Form schien der ungünstige Ausgang durch eine Atemlähmung bedingt zu sein. — Schwerere Störungen der allgemeinen Sensibilität spielen keine Rolle. Häufig sind nur Klagen über verschiedenartige Schmerzen in den Armen oder Beinen, deren Ursache nicht klar zu erkennen ist. Zuweilen können die Schmerzen einen geradezu neuritischen Charakter annehmen. Auch über Parästhesien verschiedener Art klagen manche Kranke. Der vasomotorische Apparat bleibt nicht immer unbeteiligt. Das gerötete Gesicht mancher Kranken habe ich schon erwähnt. Wiederholt beobachteten wir die Neigung zu starken Schweißausbrüchen. Bei weiblichen Kranken blieb nicht selten die Menstruation einmal oder mehrere Male aus. Betrachtet man die Gesamtheit der erwähnten Erscheinungen, die in wechselnder Auswahl, Zusammensetzung und Stärke das Krankheitsbild der einzelnen Fälle bilden, so kann es kaum zweifelhaft sein, daß der krankhafte Prozeß der Encephalitis epidemica sich im wesentlichen in der Vierhügelgegend, der Gegend der Augenmuskelkerne und vor allem auch in den Linsenkernen und deren Verbindungen abspielt. Die in den meisten Fällen hervortretenden motorischen Störungen entsprechen fast durchaus derjenigen Symptomengruppe, die man gegenwärtig häufig unter

dem Namen des „amyostatischen Symptomenkomplexes“ zusammenfaßt (Bewegungsarmut, Muskelstarre, Zittern, choreatische und athetoide Bewegungen) und als motorische „Linsenkernsymptome“ den andersartigen „Pyramidenbahnsymptomen“ gegenüberstellt. Für die Encephalitis epidemica ist in der Tat das Fehlen der eigentlichen Pyramidenbahnsymptome durchaus charakteristisch und gewiß nicht zufällig. Fast niemals beobachtet man ausgesprochene hemiplegische Zustände, Steigerung der Sehnenreflexe, Babinski-Reflexe u. dgl., wie dies bei der umschriebenen hämorrhagischen Enzephalitis (Influenzaenzephalitis?) in der Regel der Fall ist. Vielmehr treten die Störungen des statischen motorischen Systems durchaus in den Vordergrund, zu denen außer den oben beschriebenen in allen den Fällen, wo die Kranken das Bett verlassen können, auch noch die ausgesprochene allgemeine statische Unsicherheit beim Stehen und Gehen zu rechnen ist. Ueber die nähere Art des Krankheitsprozesses bei der Encephalitis epidemica ist erst wenig bekannt. Daß es sich um eine parasitär-infektiöse Krankheit handeln muß, kann bei ihrem epidemischen Auftreten nicht bezweifelt werden. Alle bisherigen Angaben über die aufgefundenen vermeintlichen Krankheitserreger sind aber noch durchaus zweifelhaft. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen im Zentralnervensystem, auf die ich selbst hier nicht näher eingehen kann, sind verhältnismäßig nicht sehr erheblicher Art. Bei gewöhnlicher Betrachtung erkennt man am Gehirn außer einer deutlichen Hyperämie und einer meist nur mäßigen Schwellung kaum etwas Krankhaftes. Erst das Mikroskop deckt die deutlichen entzündlichen Veränderungen namentlich im Mittelhirn bis herab zur Oblongata auf. In den zahlreichen leichteren, nicht tödlichen Fällen können die anatomischen Veränderungen nicht sehr schwerer Natur sein. Jedenfalls machen es die anatomischen Befunde verständlich, daß die allgemeinen Hirndrucksymptome und ebenso auch die entzündlich-infektiösen Allgemeinsymptome bei der Encephalitis epidemica keine große Rolle spielen. Stärkeres Fieber besteht gewöhnlich nur in den schweren Fällen in den ersten Krankheitstagen. Die oft wochenlang anhaltenden schweren lethargischen oder amyostatischen Zustände verlaufen meist ganz fieberfrei oder mit nur geringen und oft nur zeitweise periodisch auftretenden Temperatursteigerungen bis auf etwa $37,5^{\circ}$ — 38° . Im Blute findet sich meist keine besondere Veränderung der weißen Zellen, weder eine Leukozytose noch eine auffallende Leukopenie. Nur in einigen Fällen tritt ein kleiner Herpes an den Lippen auf. Und endlich weisen auch die vorhandenen Veränderungen des Liquor cerebrospinalis zwar auf bestehende, aber nicht auf intensive entzündliche Vorgänge im Zentralnervensystem hin. Der

Druck, unter dem der Liquor sich entleert, ist meist nur wenig gesteigert, der Zellgehalt zwar oft etwas, aber nur ausnahmsweise in höherem Maße vermehrt. Andere Beobachter haben freilich zuweilen eine reichlichere Vermehrung des Zellgehalts, der auf eine stärkere Beteiligung der Meningen hinwies, gefunden. Nur der erhöhte Eiweißgehalt des Liquors zeigt fast stets den krankhaften Zustand an. Unter diesen Umständen liegt es nahe, die Ursache der oft so erheblichen krankhaften Störungen weniger in der anatomischen als in einer toxischen Schädigung des nervösen Gewebes zu suchen. Namentlich der für die Encephalitis epidemica oft so charakteristische lethargische Zustand dürfte am ehesten als toxisches Symptom seine Erklärung finden. Wie bei fast allen infektiös-toxischen Krankheiten, bietet der allgemeine Krankheitsverlauf bei der Encephalitis epidemica nach Dauer und Intensität große Verschiedenheiten dar. Solange wir noch eines spezifisch-diagnostischen Kennzeichens entbehren, wird freilich die Hinzugehörigkeit mancher Fälle stets zweifelhaft bleiben. Dies gilt einerseits für die leichten, abortiven und unausgebildeten Formen, die aller Wahrscheinlichkeit nach zur Zeit einer Epidemie nicht selten auftreten, anderseits aber auch für die schwersten Fälle. Ich habe während der letzten Jahre etwa 7—8 einander durchaus ähnliche und entschieden eigenartige Krankheitsfälle beobachtet, wo jugendliche gesunde Personen ganz plötzlich oder nach unbestimmten Vorläufersymptomen unter den schwersten Gehirnerscheinungen (tiefstes Koma, epileptiforme Anfälle) fieberhaft erkrankten und nach wenigen Tagen, fast immer unter hoher terminaler Temperatursteigerung ($41,5^{\circ}$, $41,8^{\circ}$, $42,1^{\circ}$ habe ich selbst beobachtet) starben. Die Sektion ergab im Gehirn keinerlei stärkere, makroskopisch sichtbare Veränderungen und auch verhältnismäßig nur geringe mikroskopische Veränderungen, die freilich noch einer eingehenderen Untersuchung bedürfen. Daß diese Erkrankungsform, die mir übrigens aus vereinzelt Beobachtungen schon seit langem bekannt ist, auch zur Encephalitis epidemica gehört und nur ihre schwerste Form (Encephalitis acutissima) darstellt, halte ich für wahrscheinlich, läßt sich aber natürlich ohne spezifische diagnostische Kennzeichen nicht sicher sagen. Ebenso zweifelhaft, wie die Hinzurechnung gewisser leichter und schwerer rein enzephalitischer Formen ist die Beurteilung mancher Erkrankungsformen mit vorwiegend spinalen oder polyneuritischen Symptomen. Wir haben während der jetzigen Epidemie mehrere derartige, leichtere, zur Heilung kommende Fälle beobachtet, die vielleicht als eine myelitische oder polyneuritische Form der Encephalitis epidemica aufgefaßt werden könnten. Doch läßt sich Sicheres hierüber noch nicht sagen. Einstweilen sind wir bei der Diagnose

der Encephalitis epidemica im wesentlichen noch ganz auf das in vielen Fällen ja in der Tat höchst eigenartige Krankheitsbild angewiesen, wobei freilich das epidemische Auftreten der Erkrankung die Beurteilung erleichtert. Von Aerzten, welche die Encephalitis epidemica noch nicht kannten, wurden die Erscheinungen anfangs oft für hysterisch gehalten, was namentlich bei der lethargischen und der katatonen Form der Encephalitis epidemica wohl verständlich ist. Auch die Unterscheidung von gewissen Frühformen syphilitischer Erkrankung des Zentralnervensystems kann zuweilen Schwierigkeiten bereiten, obwohl hier die spezifischen Reaktionen, der Liquorbefund und der Erfolg einer spezifischen Behandlung schließlich meist ein sicheres Urteil ermöglichen. Ueber den allgemeinen Krankheitsverlauf und die Prognose der Encephalitis epidemica werden wir zu einer abschließenden Beurteilung erst auf Grund noch weit umfassenderer Beobachtungen und vor allem auch einer weit länger fortgesetzten Beobachtungszeit kommen. Im allgemeinen gehört die Encephalitis epidemica nicht zu den bösartigen Erkrankungen. Abgesehen von den leichteren Formen, kommen auch in schweren Fällen schließlich noch Heilungen vor, freilich oft erst nach einem Krankheitsverlauf von mehreren Monaten. Von mehreren, noch in Beobachtung befindlichen Fällen vermag ich auch noch nicht anzugeben, ob die Heilung wirklich restlos sein wird. Jedenfalls muß man sich bei der Encephalitis epidemica oft auf einen recht langwierigen Krankheitsverlauf und Heilungsprozeß gefaßt machen. Es wäre nicht unmöglich, daß in einigen Fällen gewisse dauernde nervöse Schädigungen nachbleiben. Die ungünstige Prognose der vielleicht hierher gehörigen Encephalitis acutissima habe ich bereits erwähnt. Abgesehen von dieser schwersten Form, verliefen noch 4 Fälle tödlich, die meist ältere Personen betrafen. Ueber die Behandlung der Encephalitis epidemica kann ich wenig Besonderes sagen. Von inneren Mitteln verordneten wir am häufigsten Chinin (etwa 3 mal 0,1—0,2 täglich) und Urotropin. Bei großer Unruhe und starken motorischen Reizerscheinungen mußten Narkotika angewandt werden, vor allem Chloral und Luminal. Die anhaltenden schweren lethargischen Zustände sind therapeutisch schwer zu beeinflussen. Die Entleerung von 10—15 ccm Liquor durch die Lumbalpunktion hatte mehrmals einen guten symptomatischen Erfolg, der aber nicht anhielt.“

(D. m. W. 1920 Nr. 26.)

Komplikationen und Nachkrankheiten.

Untersuchungen über Rektalgonorrhoe bei Frauen. Von Priv.-Doz. Dr. Harald Boas, Chefarzt der Kopenhagener Poliklinik

für dermato-venerologische Krankheiten. Bei 88 Frauen mit Urogenitalgonorrhoe wurde 14mal Proctitis gonorrhoeica gefunden. Die Krankheit ergab keine besonders hervortretenden subjektiven oder objektiven Symptome und ist in den meisten Fällen nicht schwierig zu behandeln. Im Gegensatz zu mehreren früheren Mitteilungen muß dieses Leiden im ganzen als eine relativ gutartige Komplikation bezeichnet werden. Die Behandlung besteht in heißen Eingießungen von Sol. Kal. hypermang. Jede Gonorrhoe-krankte muß auf Gonokokken im Rektum untersucht werden.

(Derm. Wschr. 1920 Nr. 4.)

Diabetes insipidus im Anschluß an Meningitis serosa. Von Dr. A. Foerster (Medizin. Klinik Würzburg). 25jährige Patientin bekommt im Anschluß an eine Nasennebenhöhlenerkrankung eine Meningitis serosa, mit deren Abklingen sich Diabetes insipidus entwickelt. Um letzteren zu beeinflussen, wurden Pituitrin, Pituglandol und Hypophysin angewandt. Nur Pituitrin übte deutliche Wirkung aus, aber auch nur vorübergehende, keine heilende. Für die Aetiologie wichtig ist dieser Fall, weil er wieder zeigt: 1. daß im Anschluß an Nasennebenhöhlenerkrankung Meningitis serosa auftreten kann; 2. daß eine Zerebralaaffektion einen Diabetes insipidus nach sich ziehen kann.

(M. m. W. 1920 Nr. 24.)

Ueber Augenerkrankungen bei Grippe berichtet Prof. Dr. E. Fraenkel (Patholog. Institut Hamburg) auf Grund der Befunde bei 103 tödlich verlaufenden Grippefällen. 24 mal (= 25 %) sah er Erkrankungen des inneren Auges. Im Vordergrund standen hämorrhagische Prozesse. Er fand 5 mal Blutungen in den Glaskörper (3 mal ganz rein, d. h. ohne gleichzeitige Veränderungen an den inneren Augenhäuten, 2 mal mit hämorrhagischen Zuständen in der Netzhaut vergesellschaftet), 17 mal Blutungen in der Netzhaut, 2 mal Veränderungen an der Aderhaut. Die Blutungen stellten sich zum Teil schon in den ersten Tagen der Erkrankung ein.

(D. m. W. 1920 Nr. 25.)

Diagnostisches.

Ueber Oberflächenpalpation schreibt L. Lichtwitz (Aus der medizinischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Altona). „In aller Kürze soll die Aufmerksamkeit auf eine sehr einfache, aber wirksame Untersuchungsmethode gelenkt werden, die sicherlich manchen Kollegen bekannt ist, vielen aber auch unbekannt sein dürfte. Die Methode wird meines Wissens nicht gelehrt. Sie hat auch keinen Namen. Ich nenne sie Oberflächenpalpation. Ihr

Zweck ist, die Gestaltung der Oberfläche zu erkennen. Zwar geschieht das in vielen Fällen in durchaus zulänglicher Weise durch die Betrachtung. Indes in Fällen mangelhafter Beleuchtung und im Falle einer sehr geringen, nicht mehr sichtbaren Veränderung der Oberfläche leistet das Gefühl Besseres. Es handelt sich aber nicht um die Tastempfindung, sondern um die Tiefensensibilität oder vielleicht, mitunter sicher, um ein Zusammenwirken beider. Wenn man mit der flachen Hand unter Entspannung aller Muskeln der oberen Extremität, ohne jeden Druck, über die Oberfläche streicht, so daß die Stellung der Finger, der Hand und vielleicht auch des Vorderarms durch die Konturen der Fläche geändert wird, etwa so, wie man über eine Marmorstatue streicht, so kann man die allergeringsten Veränderungen der Oberfläche feststellen. Man prüfe die Methode zunächst an der Vorderfläche eines deformierten Thorax, indem man die ganze Handfläche dem Thorax anlegt, die Fingerspitzen nach oben gerichtet und quer von rechts nach links über den Thorax hinstreicht. Auch die kleinsten Abflachungen sind auf diese Weise fühlbar. Ebenfalls gute Resultate ergibt die Oberflächenpalpation des Abdomens. Die schönsten Erfolge aber habe ich jüngst in Fällen von subphrenischer Eiterung gesehen. Bei dem einen war weder eine Vorwölbung noch ein Oedem zu sehen. Bei dem Streichen von oben nach unten war eine deutliche Ausbuchtung von etwa 8 cm Durchmesser fühlbar. An dieser Stelle fühlte sich bei derselben Art der Untersuchung die Haut etwas glatter an, obwohl eine Veränderung der Hautzeichnung für das Auge nicht bemerkbar war. Dieser Bezirk war die Stelle der größten Druckschmerzhaftigkeit; seine Punktion ergab Eiter. In einem anderen Falle bestand eine große Milz, ein beiderseits gleiches Oedem am Kreuzbein und ein Oedem der Beine. Die linke Seite war stärker ausgedehnt, als der Milzvergrößerung entsprach (Feststellung durch Betrachtung und Oberflächenpalpation). Beim Streichen über den Rücken von oben nach unten war wie im Falle 1 eine nicht sichtbare Vorbuckelung fühlbar. Nur diese Stelle war auf Druck mäßig schmerzhaft. Die Probepunktion ergab in der Tiefe von etwa 5 cm Eiter. Diese Untersuchungsmethode ist für Patient und Arzt sehr einfach und wird, wie ich gesehen habe, sehr leicht gelernt.“ (B. kl. W. 1920 Nr. 24.)

Zur Diagnose der Lungentuberkulose. Von Dr. C. Beer (Schöneberg). Prüft man vergleichend die Sensibilität der Haut über Lungenspitzen, deren eine tuberkulös erkrankt ist, so findet man, daß die kranke Spitze eine erhöhte Hautempfindlichkeit aufweist. Die Prüfung kann leicht und rasch mit einer Nadel vorgenommen werden und ergibt schon bei leichten, beginnenden

Prozessen ein positives Resultat; und zwar zuweilen in der Supraklavikulargrube, in anderen Fällen in der Fossa supraspinata. Besonders ausgesprochen pflegt die Erscheinung über Kavernen zu sein. Hier und über schweren Spitzenprozessen kann man durch die geringe Nadelberührung an der über den erkrankten Lungen teilen gelegenen Haut mehr oder weniger starke Rötung bis zu einer Art von Urtikaria beobachten. Der geschilderte Vorgang ist ein Analogon zu den hypersensiblen Zonen an der Haut über Magengeschwüren. Es nimmt gewissermaßen die Haut Teil an der Erkrankung des darunter liegenden Organs; was begründet sein mag in reflektorischen Beziehungen zwischen den Gefäßen der Organe und der entsprechenden Hautbezirke. Wie ja auch die Muskeln über der erkrankten Lungenspitze einen Reizzustand (erhöhte Spannung) aufweisen. Anschließend sei zur Perkussion der Lungenspitzen erwähnt: Schallunterschiede zweier Lungenspitzen werden oft deutlicher, wenn man in der Weise perkutiert, daß man die Spitze des leicht gekrümmten Plessimeterfingers am linken bzw. rechten Rand des Jugulum einsetzt, in die Winkel zwischen Brustbein und dessen Sternokleidoansatz. Bei leichtem Eindrücken dürfte die Spitze des Plessimeterfingers der Lungenspitze nahe sein. Die Perkussion muß natürlich sehr leise sein.

(M. m. W. 1920 Nr. 22.)

Zum Nachweis der Bauchreflexe. Von Dr. D. Blum (Cöln). Hierdurch möchte Verf. auf eine Methode aufmerksam machen, die ihm bei Prüfung der Bauchreflexe schon seit mehreren Jahren gute Dienste geleistet hat. Bei schlaffen (Mehrgebärende usw.) sowie sehr fettreichen Bauchdecken gelingt es sehr oft, bei gewöhnlichem Bestreichen der Bauchhaut, auch bei schärferen Reizmitteln, wie Nadelstichen, nicht, einen Reflex hervorzurufen, so daß man oft im Zweifel ist, zumal wenn entsprechend andere Symptome vorhanden sind, ob der Mangel der Bauchreflexe pathologisch oder auf Kosten der verminderten Spannung zu setzen ist. Verf. hat sich in solchen Fällen angewöhnt, mit der linken Hand, besonders mit der Kleinfingerseite, unterhalb des Nabels symphysenwärts den Bauch anzuziehen und dadurch die Bauchhaut zu spannen und in diesem gespannten Zustand nochmals den Reflex zu prüfen. Es gelang dann, in einer sehr großen Anzahl von Fällen, wo Zweifel herrschte, diesen dadurch auszuschließen, daß die vorher vermißten Reflexe sichtbar wurden. Auch bei der multiplen Sklerose, wo bekanntlich die Bauchreflexe oft und frühzeitig Störung im Sinne der Abnahme und Ungleichheit auf beiden Seiten erkennen lassen, sowie bei älteren Apoplektikern konnte Verf. manchmal den nach der gewöhnlichen Methode nicht mehr wahrnehmbaren

Reflex, wenn auch im verminderten Maße oder nur in einem oder anderen Abschnitt, wieder hervorrufen.

(Neurol. Zbl. 1920 Nr. 11.)

Warum fehlt die Bauchdeckenspannung manchmal bei der destruktiven Appendizitis? Von Hofrat A. Krecke (München). Die reflektorische Bauchdeckenspannung (Muskelabwehr) ist das beste Zeichen zur Erkennung der schweren Form der Appendizitis. Das Fehlen der Bauchdeckenspannung bei der destruktiven Form der Appendizitis erklärt sich dadurch, daß die Appendix in solchen Fällen an der hinteren Bauchwand hinter dem Zöcum oder hinter einer Dünndarmschlinge liegt. Auch beim Fehlen der Bauchdeckenspannung können wir die schwere Form der Appendizitis erkennen. Man berücksichtige nur sorgfältig alle anderen wichtigen Zeichen, als welche zu gelten haben 1. eine Pulszahl über 100 (bei Erwachsenen), 2. wiederholtes Erbrechen, 3. Fortdauer der Temperatursteigerung am 2. Tage, 4. andauernde heftige subjektive und objektive Schmerzen, 5. Vermehrung der Leukozytenzahl über 15 000. Sind 2 dieser Zeichen positiv, so darf man mit großer Wahrscheinlichkeit eine destruktive Form der Appendizitis annehmen, auch trotz Fehlens der Bauchdeckenspannung.

(D. m. W. 1920 Nr. 26.)

Therapeutisches.

a) Innere Krankheiten.

Die Behandlung der Rachitis mit künstlicher Höhensonne. Von Dr. Hermann Putzig (Aus dem Kaiserin Auguste Viktoria-Haus, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit, Charlottenburg). Die Technik der Bestrahlungen ist folgende: Verf. benutzt die Quarzlampe der Hanauer Gesellschaft. Die Bestrahlungen sind Allgemeinbestrahlungen, und zwar wird in der 1. Hälfte der Zeit die Brustseite, in der 2. Hälfte die Rückenseite des Kindes dem Ultraviolettlicht ausgesetzt, wobei die Augen des Kindes durch eine Schutzbrille oder ein vorgebundenes Tuch geschützt werden müssen. Verf. beginnt mit 2 mal 3 Minuten auf 90 bis 100 cm Entfernung, bestrahlt wöchentlich 3 mal und steigt jedes 2. Mal um 2 Minuten bis auf 15 Minuten. Dann geht er mit der Lampe bis auf 75 cm heran und bestrahlt in derselben Weise weiter. Eine Erhöhung der Bestrahlungsdauer über 2 mal 15 Minuten auf 1—2 Stunden, wie das von anderer Seite gefordert wurde, hat sich nicht als notwendig erwiesen, da Verf. mit den erwähnten Dosen bereits guten Heilerfolg sah. Eine Schädigung durch die Höhensonne hat er niemals beobachtet. Was nun

den Erfolg der Quarzlampe bei der Rachitis betrifft, so kann Verf. ohne weiteres sagen, daß das Ultraviolettlicht eine deutliche Wirkung auf den rachitischen Prozeß ausübt. Verf. glaubt aber auch behaupten zu können, daß die Heilung unter Höhensonnenbestrahlung rascher fortschreitet, als bei der gewöhnlichen Behandlung mit Phosphorlebertran und ähnlichen Mitteln.

(Ther. Halbmonatsh. 1920 Nr. 8.)

Ueber Atropinbehandlung des Pylorospasmus der Säuglinge. Von Dr. Kretschmer (Aus der III. medizinischen Universitätsklinik zu Berlin). Bei der Behandlung des Pylorospasmus der Säuglinge spielten bisher nur die Diätetik und die Operation eine Rolle. Bei beiden Behandlungsmethoden war die Sterblichkeit bisher leider noch eine recht große. Von einer Unterstützung der inneren Behandlung durch Medikamente hat man im allgemeinen wohl mit Rücksicht auf die starke Wirkung der in Betracht kommenden Arzneimittel abgesehen. Zum Teil ist die erhoffte Wirkung der Medikamente ausgeblieben, weil die verabreichten Gaben zu klein waren, um einen Erfolg zu bewirken. So empfiehlt Finkelstein beispielsweise einen Versuch mit Tinct. Opii, Belladonna, Brom oder Chloral, ohne sich über die damit zu erzielenden Erfolge oder Art und Dauer der Anwendung näher zu äußern. Sehr gute Erfolge hat in neuester Zeit die Anwendung zweier Arzneimittel bei der Behandlung des Pylorospasmus gebracht, nämlich die des Papaverins und Atropins. Das Papaverin, ein Opiumalkaloid, wirkt nach Pal wahrscheinlich direkt hemmend auf den Tonus der glatten Muskulatur. Knöpfelmacher, Januschke und Zweig haben davon bei subkutaner Anwendung in Dosen von 0,005 bis 0,01 gute Erfolge in der Behandlung des Pylorospasmus gesehen. Das Atropin wirkt lähmend auf den Vagus, der dem Auerbachschen Plexus peristaltikfördernde Erregungen zuführt. Die motorischen Ganglien des Auerbachschen Plexus selbst werden, nach Meyer und Gottlieb, durch kleine Atropindosen nicht gelähmt. Eine völlige Lähmung der Magenperistaltik tritt also nicht ein, sondern nur eine Herabsetzung derselben. Stolte empfiehlt als Verordnung bei Pylorospasmus der Säuglinge 3—4 mal täglich 1—3 Tropfen Atropin sulf. 0,01/10,0 vor der Mahlzeit. Ochsenius hat in 2 Fällen mit sehr gutem Erfolg die gleiche Verordnung angewendet. Durch ein Mißverständnis wurde einem seiner Kranken kurze Zeit 1,2 mg Atropin pro die verabfolgt, ohne daß eine Schädigung eintrat. Ohne Kenntnis der Stolte-Ochseniusschen Verordnung hat Verf., angeregt durch gute Erfolge bei Erwachsenen, bei einem schweren Pylorospasmus im März dieses Jahres eine Atropinkur

eingeleitet. Der Erfolg war ein recht guter, wenn auch nicht so rascher wie in den Fällen von Ochsenius. Doch war die Dosierung nur die Hälfte der Stolteschen Verordnung, und das Atropin wurde nicht bei jeder Mahlzeit, sondern nur 3 mal am Tage verabfolgt. Das Erbrechen hörte infolgedessen nicht ganz auf und die Körpergewichtszunahme war eine sehr langsame. Trotzdem war doch eine deutliche Einwirkung des Atropins auf den Tonus des Vagus zu beobachten, denn nach einmal 6 Wochen, dann $3\frac{1}{2}$ Wochen dauernder Atropindarreichung in kleinen Dosen waren die Symptome des Pylorospasmus beseitigt. Schon bei der geringen Dosierung trat stets eine lebhafte Hautrötung und Erweiterung der Pupillen auf. Die Furcht vor einer Intoxikation hielt Verf. deshalb ab, größere Gaben zu verabfolgen; nach den Erfahrungen von Stolte und Ochsenius ist diese Gefahr nicht groß. Verf. selbst hat jetzt bei einigen Säuglingen mit starkem habituellen Erbrechen Atropin nach der Stolteschen Verordnung ohne Schädigung verordnet und glaubt, daß es im Interesse einer rascheren RepARATION bei Pylorospasmus sich empfiehlt, das Atropin in großen Dosen nach Stolte zu geben und nach Eintritt der Wirkung allmählich zu kleineren Dosen überzugehen. Das Krankheitsbild zeigte in Verfs. Falle 2 Symptome, die er in der Literatur nicht gefunden hat. Besonders auffallend war die starke Hypertonie der Muskulatur, die auch nach Abklingen des Pylorospasmus bestand. Spasmophile Symptome waren nie zu beobachten. Eine Prüfung der elektrischen Erregbarkeit war aus äußeren Gründen nicht möglich. Wenn die Hypertonie auf die Inanition zurückzuführen gewesen wäre, hätte sie sich mit der Körpergewichtszunahme bessern müssen. Das zweite auffallende Symptom waren die engen Pupillen, ein Symptom, das für eine allgemeine Vagotonie spricht. Es wäre wünschenswert, daß bei Fällen von Pylorospasmus auf dieses Symptom geachtet würde. Sein Vorhandensein in der Mehrzahl der Fälle wäre ein Beweis für die Richtigkeit der Voraussetzungen der Atropintherapie des Pylorospasmus.

(Ther. d. Gegenw. 1920 Nr. 1.)

Zur Technik der Solarsontherapie. Von Oberstabsarzt Dr. K. Géronne (Potsdam). Man nehme eine Rekordspritze mit scharf geschliffener, sehr feiner, nicht zu kurzer Kanüle, befreie sie durch Hin- und Herbewegen des Kolbens von dem zur Desinfektion vorher eingezogenen Spiritus, ziehe dann das Solarson aus der Ampulle in die Spritze herein und entferne alle Luftblasen. Dann schleudere man die Spritze nach Hautdesinfektion bis zum Fuß der Kanüle in die Adductoren-muskulatur des Oberschenkels und spritze den Inhalt langsam heraus. Der Patient

sitzt oder liegt dabei mit nach außen rotiertem Bein. Wer die Injektionen in dieser Weise macht, erspart den Kranken Schmerzen und sich selbst die Enttäuschung, daß Einspritzungen nicht vertragen werden. Verf. hat bei keinem der zahlreichen Kranken, denen insgesamt viele Hunderte von Solaroneinspritzungen gemacht wurden, irgendwelche wesentlichen Beschwerden — leichtestes, schnell vorübergehendes, wahrscheinlich auf Eindringen von Spiritus in den Stichkanal zurückzuführendes Brennen in seltenen Fällen ausgenommen — erlebt, insbesondere aber jegliche Anschwellung und längerdauernde Schmerzen vermieden. Das traf auch insbesondere bei mehreren Kranken zu, welche erklärt hatten, sie verträgen das Mittel nicht, da der früher unternommene Versuch einer derartigen Behandlung wegen zu starker Beschwerden aufgegeben werden mußte. (Ther. d. Gegenw. 1920 Nr. 3.)

Angina Plautii mit Tuberkulin Rosenbach behandelt hat in einem Falle Dr. Carl Stuhl (Gießen). Der Hartnäckigkeit des geschwürigen Zerfalles auf den Tonsillen vermochte er nur durch 1—2 malige tägliche gründliche Einpinselung mit offizineller Jodtinktur Schranken zu setzen. Ein wenig angenehmes Verfahren für beide Teile. Der Kranke empfindet Schmerzen und starken Würg- oder Brechreiz; der Arzt den Foetor, das Anhusten und das Gefühl der Infektion. Da entschloß Verf. sich, versuchsweise Tuberkulin Rosenbach hier zu erproben. Nach einem negativen Pirquet gab er dann dem Patienten bei vorheriger höchster Tagestemperatur von $37,7^{\circ}$ in ano am 5. Tage der Erkrankung auf der linken Seite — ein etwa 40 tägiger Krankheitsverlauf rechts war schon vorausgegangen — 0,15 Tuberkulin Rosenbach. Am übernächsten Tage 0,32. Irgendwelche Störungen empfand der Kranke nicht, aber er erklärte bestimmt, schon nach der ersten Injektion wesentliche Erleichterung empfunden zu haben. Nachlassen der Schmerzen und leichteres Schlucken. Das Gedrückte seines Wesens und das schlappe Aussehen war verschwunden. Nach diesem Eindrucke wurden die Jodpinselungen sofort eingestellt. Lokal sah man schon nach der zweiten Injektion die schmierig-graue Oberfläche der Membran sich aufhellen. Die nach dem Kehldeckel und Zungengrunde hinübergreifenden Randpartien der Membranen machten Halt und zogen sich langsam aber deutlich erkennbar ein. Der immer heller werdende Belag wurde von Tag zu Tag kleiner. Er hatte am 6. Tage nach der ersten Injektion nur noch Linsengröße, während er bereits über zweimarkstückgroß gewesen war. Wegen scheinbar sich verzögernder Lösung dieser kleinen Partie gab Verf. dann auch noch als vierte Dosis 0,85. Nach weiteren 2 Tagen war jeder Belag gewichen

bei einer Gesamtmenge von 1,82 ccm Tuberkulin Rosenbach. Die Erkrankung der zuerst befallenen rechten Tonsille war 36 Tage in Behandlung. Sie bestand aber einige Tage vorher sicherlich schon. Nehmen wir darum im ganzen eine Krankheitsdauer von 40 Tagen an. Auf der linken Seite begann darnach die Affektion ganz mit der gleichen Intensität, wie sie sich vorher rechts entwickelte, und hatte auch bereits ungefähr die gleiche Ausdehnung erreicht. Verf. hatte allen Grund anzunehmen, daß der bevorstehende Krankheitsverlauf den üblen Erscheinungen der verfloßenen 40 Tage in keiner Weise nachstehen werde. Da trat mit der ersten Tuberkulininjektion schon Besserung ein, subjektiv und objektiv. Und nun dauerte hier der ganze Verlauf nur 12 Tage bis zum völligen Schwinden der Membranen im Gegensatz zu 40 Tagen bei der zuerst erkrankten Tonsille. Dabei fühlte sich der junge Mann in diesen 12 Tagen den dienstlichen Ansprüchen vollkommen gewachsen. Man könnte einwenden, daß die zweite Etappe der Erkrankung nach biologischen Gesetzen sowieso hätte milder und kürzer verlaufen können. Das wäre möglich. Sehr auffallend bleibt aber dennoch das Zusammenfallen der nach dem bisherigen Verlaufe unerwarteten Besserung des Allgemeinbefindens mit den beiden ersten Injektionen. Und dann die rapide Auflösung der Membranen. (M.m.W. 1919 Nr. 47.)

Therapeutisches aus der täglichen Praxis. Von Dr. med. K. Giesemann, Facharzt für innere Krankheiten, Eisenach. „Ein Gebiet, das dem vielbeschäftigten Arzt fast täglich zu Gesicht kommt, ist das, kurz ausgedrückt, nervöse Erbrechen, als dessen Prototyp man wohl das Erbrechen der Schwangeren bezeichnen kann, das man aber auch vorwiegend bei heruntergekommenen, unterernährten Menschen, besonders schwächlichen jungen Mädchen und Phthisikern so oft findet. Ein ganzes Heer von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden wird für sie empfohlen, woraus man ja schon ihre Unzuverlässigkeit ersehen kann. Meist ist der Sieger, der Vertrauen bei seinen Kranken genießt und seine Persönlichkeit ist das Wirksame seiner Behandlung. Aber wir haben doch auch eine Arzneigruppe, die uns kräftig unterstützen kann, das sind die Narkotika. Sie mildern die Reizwirkung, mag sie liegen, wie sie will, und wenn es mit ihrer Hilfe gelingt, daß der Kranke erst einmal eine Mahlzeit, oder bei bedrohlichem Erbrechen auch nur einige Löffel voll bei sich behält, so ist das Spiel mit dem zurückkehrenden Vertrauen zu sich selbst und nicht zuletzt zum Arzt gewonnen. Deshalb gebe man kräftige Mittel und genügend große Dosen, damit auch wirklich eine narkotische Wirkung eintritt. Auch gibt man das Mittel am

besten gleich rektal, damit man sofort Erfolg erzielt und nicht erst durch neues Erbrechen gestört wird. Sehr bewährt fand ich folgende Medikation:

Rp. Chloralhydrat 1,0
Natr. brom. 2,0
Mucil. Salep 10,0
Aq. ad 50,0

M.D.S. Das Ganze körperwarm als Klysma.

Phthisikern möchte ich Chloral nicht geben, sondern ziehe hier die rektale Anwendung von 0,5 Veronalnatrium in Wasser gelöst mit etwas Schleimzusatz vor. Auch von diesem Mittel habe ich sehr prompte Erfolge gesehen. Es empfiehlt sich, die Medikation mehrere Tage lang zu geben, gewöhnlich wird nachher auch ohne Mittel alles behalten.

Bei einem anderen häufigen Phthisikersymptom, den Nachtschweißen, habe ich die Narkotika gleichfalls schätzen gelernt. Mit noch so sorgfältig durchgeführten hygienischen Maßnahmen gelingt es nicht immer, die starken Schweiß gerade leicht reizbarer Phthisiker zu bannen. Die meist verordneten medikamentösen Mittel sind unzuverlässig oder haben, wie das Atropin, das wirksamste unter ihnen, oft scheußliche Nebenwirkungen. Das Kalzium, von vielen empfohlen, hilft manchem prompt, bei manchen aber steigert es nach meinen Erfahrungen die Schweiß eher noch. Dagegen habe ich in leichteren Fällen mit Bromural 0,6 oder ähnlichen Präparaten, in schweren Fällen mit Veronal 0,5 abends vor dem Schlafengehen helfen können. Oft kommt man schon aus, wenn man nur alle 2—3 Tage Veronal gibt. Nicht unerwähnt soll bleiben, daß Glaserfeld auch für die Schweiß bei Typhuskranken das Veronal empfiehlt.

Die von Franke empfohlene Pneumoniebehandlung mit Digitalis-Salizyl-Antipyrin hat mehrere Anhänger in der Literatur gefunden, ist aber leider noch nicht so verbreitet, wie sie es verdient. Man gibt folgende Mischung:

Inf. Fol. Digit. 1,5 : 150,0
Natr. salicyl. 7,0
Antipyrin 3,0
Sir. Althaeae ad 200,0

2 stündlich einen Eßlöffel, in schweren Fällen 3 mal hintereinander alle Stunden einen Eßlöffel, und sieht kruppöse Pneumonien in 1—3 Tagen, nur selten später, kritisch, seltener lytisch entfiebern. Kollapse oder störende Nebenwirkungen habe ich nie gesehen. Wird das Mittel per os nicht vertragen, so kann man es auch unter Zusatz von etwas Schleim und einigen Opiumtropfen als Klysma geben. Auch bei Kindern, denen man es tee-

löffelweise je nach Alter, ganz jungen auch tropfenweise gibt, kann man den Verlauf abkürzen. Bei der fast ausnahmslos günstigen Prognose ist hier aber eine Beurteilung der guten Wirksamkeit der Mittel sehr erschwert. Unwirksam ist diese Behandlung bei der Grippepneumonie.

Die entzündungswidrige Wirkung des Antipyrins, kombiniert mit der sedativen des Dionins, leistet Hervorragendes bei der Beseitigung der quälenden Reizzustände der Prostatiker. Gibt man ihnen ungefähr jeden zweiten Abend ein Klysma, das 0,3 Antipyrin und 0,03 Dionin in Wasser gelöst enthält, so schlafen sie gewöhnlich schon die erste Nacht durch, was sie seit Wochen nicht getan haben. Auch die örtliche Blasenbehandlung vollzieht sich dann viel bequemer und für die Kranken weniger schmerzhaft. Führt man diese Medikation längere Zeit durch, was man ohne Furcht vor Dioningewöhnung tun kann, so hat man den Eindruck, als hätte man mehr als nur das Reizsymptom bekämpft.

Die Fälle, wo die Patienten zum Arzt kommen und nur über unbestimmt lokalisierte Schmerzen klagen, wo aber auch die genaueste Untersuchung die Ursache nicht feststellen kann, sind gerade in der täglichen Praxis ungemein häufig. Man denkt an „Rheumatismus“, Neuralgien, leichte Pleuritiden, an ausstrahlende Schmerzen bei Erkrankungen innerer Organe u. dgl. m., eine sichere Handhabe für eine ursächliche Behandlung aber gewinnt man nicht. Beliebt sind in solchen Fällen alle möglichen Einreibungen, und wenn ich unter den vielen Mitteln das Perrheumal besonders hervorhebe, so geschieht es, weil ich mich bei Schmerzen verschiedenster Herkunft von seiner starken analgesierenden Wirkung oft habe überzeugen können. Es ist eine Salbe, die zu 10% einen aus Salizyl- und Azetylsalizylsäure in Kombination mit dem tertiären Trichlorbutylalkohol hergestellten Ester enthält. Neben dem antirheumatisch wirkenden Salizyl ist das wirksamste der Trichlorbutylalkohol, der, äußerlich appliziert, örtlich, innerlich gegeben allgemein anästhetisiert. Das Medikament, das vor anderen äußerlich anzuwendenden Antirheumaticis die absolute Reizlosigkeit voraus hat, ist bei rheumatischen Gelenk- und Muskel-erkrankungen längst bewährt, aber ich kann auch bei anders begründeten Schmerzen, wo man nicht ursächlich wirkt, seine hervorragend schmerzstillenden Eigenschaften rühmen.“

(Ther. Halbmhft. 1920 Nr. 2.)

b) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Händedesinfektion des Geburtshelfers mit Lysoform oder Sagrotan schreibt Dr. Armin Mayer (Frankenhausen [Kyffh.]:

„Es ist mir auffallend, daß immer wieder in Lehrbüchern und medizinischen Zeitschriften der Händedesinfektion mit Sublimat das Wort geredet wird. Ich habe dieses schon seit langen Jahren verlassen und desinfiziere meine Hände für die kleine Chirurgie des Landarztes und für die Geburtshilfe einzig mit ausgiebiger Seifenwaschung und nachfolgender gründlicher Waschung in Lysoform; seit dem Kriege in dem mir noch angenehmeren Sagrotan, und zwar mit absolut ausreichendem Desinfektionserfolge. Als besonderen Vorteil empfinde ich die Umstände, daß ich die Instrumente eventuell in die Desinfektionslösung legen kann, im Gegensatz zur Sublimatlösung, daß die teure Alkoholdesinfektion wegfällt und daß sich keine Abschwächung, bezw. Unwirksamkeit der Desinfektion herausbildet wie bei Sublimat, wenn man aus der Seifenwaschschüssel in die Desinfektionsschüssel seine Hände überführt. Gegenüber dem Lysol besitzen Lysoform und Sagrotan die Annehmlichkeit der Geruchlosigkeit. Steht mir jedoch hartes Wasser zur Verfügung, so ziehe ich den anderen Mitteln immer noch das alte Karbol vor. Ich habe nie in meiner langjährigen Praxis einen Mißerfolg bei meiner gewiß recht einfachen Desinfektionsmethode gesehen und glaube sie daher angelegentlich empfehlen zu dürfen. Dabei habe ich nie eine bestimmt prozentige Lösung genommen, sondern so viel von der Desinfektionsflüssigkeit in das Wasser gegossen, daß dieses beim Händewaschen tüchtig schäumt, — auch eine Annehmlichkeit für den zu raschem Arbeiten gezwungenen Landarzt. Die Scheidendesinfektion mit diesen starken Lysoform- und Sagrotanlösungen erscheint mir besonders wirksam, da keine Fällung von Eiweiß dabei eintritt. Auch für nachträgliche Uterusausspülungen habe ich, ohne Schaden zu sehen, beide Lösungen, wenn auch schwächer-prozentig, verwendet. Als das Angenehmste empfinde ich für mich die blendende Schlüpfrigmachung der operierenden Hände und das Vermeiden der Sublimatreizung der Haut. Dem leichten Brennen der Haut bei längerer Operationsdauer und häufigerer Desinfektion ist leicht abzuhelfen durch nachträgliches Kalt-Seifenwasser-Waschen mit folgendem Einfetten der Hände. Bei meiner langjährigen Erfahrung brauche ich diese Desinfektionsmethode nicht mehr einer Nachprüfung unterziehen zu lassen, sondern kann sie nur aufs dringlichste empfehlen. Mir erscheint es als ein Segen, wenn endlich die doch recht zweifelhafte und in der Geburtshilfe nur mit Vorsicht anzuwendende Sublimatdesinfektion verlassen werden könnte.“

(Med. Kl. 1920 Nr. 14.)

Ueber Spuman-Fibrolysin in der gynäkologischen Praxis.
Von Prof. Dr. R. Birnbaum (Göttingen). Die Spumantherapie

hat in den letzten Jahren mehr und mehr Anhänger gefunden. Das beweist die umfangreiche Literatur über die mit dem Präparat erzielten Erfolge, besonders bei chronischem Vaginal- und Uteruskatarrh, bei akuter und chronischer Gonorrhoe, bei Adnexerkrankungen usw. Von der Ueberlegung ausgehend, daß das Fibrolysin imstande ist, narbige Prozesse günstig zu beeinflussen, erschien eine Kombination des Fibrolysin mit Spuman für die Therapie narbiger Prozesse im Bereich der weiblichen Genitalien durchaus aussichtsreich. Auf des Verf.s Veranlassung hat das Luitpoldwerk in München ein derartiges Präparat zusammengestellt. Es wurden täglich 3 Spuman-Fibrolysininstifte, morgens, mittags und abends, eingeführt. Reizerscheinungen oder andere unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Behandelt wurden 2 narbige Vaginalstrikturen nach ulzerösen Prozessen, eine Vaginalstriktur nach zu ergiebiger Scheidenplastik mit Schwierigkeiten bei der Kohabitation, 3 Fälle von ausgedehnten narbigen Veränderungen im Douglas nach vereiterter Hämatokele und Douglasabszessen, 4 Fälle von erheblicher Parametritis posterior und 4 Fälle von fixierter Retroflexio; im ganzen 14 Fälle. Wenn also auch die Zahl der so behandelten Fälle noch klein ist, so sind die Resultate doch so günstig, daß Verf. nicht verfehlen möchte, diese Therapie für derartige Fälle anzuraten. In fast sämtlichen Fällen war nach einer durchschnittlichen Behandlung von 2 bis 4 Wochen eine deutliche Erweichung der Narben festzustellen, so daß z. B. die dann vorgenommene instrumentelle Erweiterung der Scheidenstenosen mühelos gelang. Bei den 4 Fällen von Parametritis posterior gelang es 3mal, bald den stark nach hinten ponierten Uterus zu mobilisieren und die Beschwerden zu bessern bzw. zu beseitigen. Der 4. Fall erwies sich als hartnäckiger und steht noch in Behandlung. Bei den 4 Fällen von fixierter Retroflexio konnte Verf. 2mal nach längerer Behandlung den Uterus aufrichten und durch Ring fixieren. In den beiden übrigen Fällen erwies sich die Operation als notwendig. Hier zeigte sich bei der Operation eine starke Mitbeteiligung der Adnexe. Soweit Verf. es bis jetzt übersieht, eignen sich von den Fällen mit fixierter Retroflexio in erster Linie diejenigen für die Spuman-Fibrolysintherapie, bei denen die Adnexe wenig oder nicht erkrankt, sondern nur Verwachsungen zwischen Uteruswand und Rektum bzw. Douglas vorhanden sind. (Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 15.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
San.-R. Dr. E. Graetzer in Bern-Friedenau.

Sachregister.

A

Abszesse, paravertebrale 105
 Aderlaß bei Infektionskrankheiten 207
 Adrenochrom bei Katharrhen der Atmungsorgane 20
 Airol bei Ophthalmoblennorrhoea neonatorum 317
 Alveolarpyorrhoe 60, 248
 Alvitol 126
 Amalah 22
 Amylnitrit bei Anosmie 181
 Anämie, Behandlung der perniziösen 145
 Anästhesie, Kunstgriff bei örtlicher 301
 Anaesthesin. solubile 174
 Angina, Salizylbehandlung 82
 — Plantii, Tuberkulin bei 369
 Antisykon bei Bartflechte 27
 Aolan und Brustdrüsensekretion 254
 Apoplexie, traumatische 67
 Aortenveränderungen bei Lues 261, 262
 Appendizitis und Bauchdeckenspannung 366
 Argochrom bei Aborten und Geburten 251
 Argoflavin bei malignen Tumoren 268
 Arthigon bei Zervixgonorrhoe 214
 Arzneiexantheme, durch Muttermilch übertragen 67
 Asphyxia neonatorum, intrakardische Injektion bei 123
 Asthmatee, Vergiftung durch 44
 Asthmolysin, Kollaps nach 173
 Atophan bei Hautkrankheiten 27
 Atropin bei Pylorospasmus der Säuglinge 367
 Augenerkrankungen bei Grippe 363
 — Bestrahlung mit ultravioletttem Licht bei skrofulösen 318

B

Bartflechte, Antisykon bei 27
 Basedowsche Krankheit, zur Pathogenese und Therapie 25, 58
 Bauchdeckenspannung und Appendizitis 366
 Bauchpalpation 162
 — im Stehen 231

Bauchpunktion 78
 Bauchreflexe, Nachweis 365
 Beruhigungsmittel im Kindesalter 308
 Bittermandelöl, Vergiftungen mit falschem 133
 Blasenpapillome, Behandlung 79
 Bluttransfusion beim Säugling 269
 Bromcalciril 90
 Bronchiektasien, künstlicher Pneumothorax bei 112
 — Salvarsan bei 308
 Brustwandödem bei Pneumonie der Kinder 329
 Bulbus Scillae 276

C

Calcariurie 299
 Cesol bei Durstzuständen 55, 206
 Chenopodiumölvergiftung 171
 Chinidin bei Vorhofflimmern 281
 Chinin als Wehenmittel 157
 Chlor gegen Sykosis 349
 Chloräthyl, Ersparnis 115
 Chloräthylnarkose 236
 Chloräthylrausch 202
 Chlorose, intravenöse Eiseninjektionen bei 270
 Colitis ulcerosa, Escalin bei 13
 Cystinal bei Typhusbazillenträgern 13

D

Dauerkatheter, Befestigung 190
 Dens epistrophei, Abbruch 193
 Dermatitis durch Hutschweißleder 257, 258
 Diabetes insipidus nach Meningitis serosa 363
 Diäthylbarbitursäurekompositionen 270
 Diaphor 183
 Diarrhöen, septische 178
 — des Kleinkindes 324
 Digitalis, wäßrige Auszüge 274
 Dionin in der Laryngo-Rhinologie 278
 Diphtherie, antitoxinfreies Pferdeserum bei 12
 — bei Säuglingen 120

IV

Diphtherie, Lochsches Verfahren bei 147
 Diuretika 274
 Drainage mit Rohgaze 300
 Dupuytren'sche Kontraktur 225
 Durstzustände, Cesol bei postoperativen 55, 206
 Dymal bei Ulcus cruris 94
 Dysenterie, Formalineinläufe bei 210
 Dyspepsie nach Grippe 169

E

Egestogen gegen Flatulenz 15
 Eierstockerkrankung bei Parotitis epidemica 196
 Eklampsiebehandlung 251
 Encephalitis lethargica 136, 353
 Enuresis nocturna, Behandlung 246
 Eosinophilie und Muskelerheumatismus 229
 Epididymitis gonorrhoeica, Behandlung 94
 —, nichtspezifische 106
 Epilepsie, Behandlung 85
 —, Luminal bei 86
 —, Trional bei 342
 Erbrechen, nervöses 370
 Erysipel, Behandlung 209
 Escalin bei Colitis ulcerosa 13
 Eukodal 53
 Eukupin bei Grippe und Gelenkrheumatismus 116
 — bei Mastdarmerkrankungen 243
 —, Aetzwirkung 332

F

Fangopräparat, neues 213
 Fazialislähmung, gehäufte Fälle in einer Familie 131
 Fibrin Bergel 10
 Fibrolysin-Spuman in der Gynäkologie 373
 Fieber im Wochenbett 321
 — Vortäuschung 336
 Finger, Therapie des schnellenden 175
 Fingerfrakturen, Verband bei 115
 Fleckfieber und Neuritis optica 109
 —, Halbseitenlähmung bei 196
 Freund'scher Handgriff zur Entfernung retinierter Früchte 158
 Friedmann'sches Heilmittel bei Tuberkulose 17
 Furunkulose, Behandlung 186
 —, Opsonogenbehandlung 95
 — der Säuglinge, Vakzinetherapie 313

Furunkulose, Thigenol bei 313, 349
 Fußgelenkdistorsionen, Behandlung 176

G

Gallensteinkolik, Behandlung 55
 Gasphegmone nach Koffeininjektion 235
 Gaumen, Lähmung des weichen 141
 Geisteskranke, Behandlung im Privathause 343
 Gelatine statt Kanadabalsam 96
 Gelenkrheumatismus, Eukupin bei 116
 Geschwüre, Behandlung torpider 185
 Gibbus syphiliticus 291
 Gipsbett, Anfertigung 175
 Glaukom, infantiles 162
 Gonorrhoe, kombinierte Abortivbehandlung 28
 —, Vakzigon bei 350
 —, Behandlung der weiblichen 62
 — der Frau, intravenöse Kollargolinjektionen 350
 Gonorrhoeinfektion kleiner Mädchen 188
 —, Malafebrin bei 17
 Grippe, Mastitis bei 6
 —, Perichondritis des Kehlkopfs bei 6
 —, Behandlung 18, 82, 277
 — und Zahnung 33
 — und Lungentuberkulose 38
 — und Peritonitis 40
 —, Eukupin bei 116
 —, Haarausfall nach 91
 —, Lähmung des weichen Gaumens nach 141
 — und Tuberkulose 165, 166
 — und Gravidität 166
 —, Dyspepsie nach 169
 —, Hautemphysem bei 170
 —, Menière-Erscheinungen bei 297
 —, Polymyositis bei 298
 —, mediastinale Dämpfungen bei 337
 —, Augenerkrankungen bei 363
 Grippeomyositis 106
 Grippephylaxin 312
 Grippepneumonie und Gravidität 41
 Großherzogin-Karolinen-Quelle 341

H

Haemarsin 26
 Hämatom, Knochenusur durch 132
 Hämorrhoiden, Behandlung 149
 Händedesinfektion nach Gocht 47
 — des Geburtshelfers 372
 Halbseitenlähmung bei Fleckfieber 196

Handschutz, geburtshilflicher 254
 Harnapparat, Geschwülste 161
 Harnröhre, Entfernung von Steinen 81
 Harnröhrenkatarrh und Syphilis 111
 Harnstoff 276-
 Hautjucken, Ursache 228
 Hautreaktion bei Lungenkranken 163
 Heiserkeit nach Röntgenbestrahlung 168
 Herpes und Exantheme nach Schellfisch-
 genuß 199
 Herzdilatation bei Schilddrüseninsuffi-
 zienz 211
 Herzspitze, Einziehung 75
 Herzsypilis 229
 Heuschnupfen, Behandlung 245
 Hexal 278
 Hirschsprungsche Krankheit unter dem
 Bilde des Ileus 85
 Höhensonne, konzentrierte 125
 Horngebilde, Beeinflussung des Wachs-
 tums 283
 Hüftgelenkverrenkung, Nachbehandlung
 eingelenkter 338
 Hungerosteomalazie, Frühsymptom 109
 Hyperhidrosis 92
 — der Phthisiker, Zuckerinjektionen bei 24
 Hypopharynx, Pulsionsdivertikel 134

I

Ikterus durch Nitro-Teerfarbstoffe 1
 —, Erkennung bei Abendbeleuchtung 337
 Influenza s. Grippe
 Injektion, Technik der intravenösen 30

J

Jodcalciril 90
 Jod-Diuretal 275

K

Kältelähmung, erbliche 131
 Kal. hypermang. bei Staphylokokken-
 erkrankungen 255
 Kalkaneusexostosen nach Gonorrhoe 76
 Kalkstickstoffdünger, Hautentzündung
 durch 2
 Karbunkel, Kauterisation 48
 Kartoffelkur bei Oedemen 346
 Keuchhusten, Behandlung 247
 Knochenusur durch Hämatom 132
 Koffeininjektion, Gasphegmone nach 285
 Kohlenoxydvergiftung 264
 Krätzmilben, Erkennung 73

L

Laryngitis tuberculosa, Durchschneidung
 des N. laryngeus super. 149
 Leberabszeß nach Karbunkel 74
 Leberechinokokkus, Fall 164
 Leberfieber,luetisches 334
 Lenirensalbe in der Augenheilkunde 318
 Leuchtgasvergiftung, Myokarditis nach
 133
 Luminal bei Epilepsie 86
 —, Nebenwirkungen 133
 Luminalvergiftung 197
 Lungenabszeß, Salvarsan bei 308
 Lungenblutung nach Probepunktion 232
 Lungenemphysem, Behandlung 270
 Lungengangrän, Salvarsan bei 25
 Lungenkranke, Hautreaktion bei 163
 Lungentuberkulose und Grippe 38, 166
 — der Kinder 117
 —, Diagnose 364
 Lupine als Nahrung 96
 Lupinenvergiftung 134
 Lupus, Behandlung 285

M

Magenentleerung, zu schnelle 90
 Magenkarzinom auf Ulkusbasis 144
 Makulablutungen bei der Geburt 142
 Malafebrin bei Grippe 17
 Malaria bei Chininprophylaktikern 44
 —, Mobilisation 57
 —, Methylenblau bei 115
 Mammakarzinom, Röntgenbehandlung
 339
 Mandeln, Vergiftung an bitteren 45
 Manikürinfektionen 289
 Mastdarmerkrankungen, postdysente-
 rische 8
 —, Eukupin bei 243
 Mastitis bei Grippe 6
 Maul- und Klauenseuche 101
 Medianuslähmung nach Neosalvarsan-
 injektion 33
 Menière-Erscheinungen bei Grippe 297
 Meningitis serosa, Diabetes insipidus
 nach 363
 Meteorismus, Behandlung 149
 Methylenblau bei Malaria 115
 Milzbrandkarbunkel, Kauterisation 48
 Multaflor bei Koliinfektion der Harn-
 wege 273
 Muskelrheumatismus u. Eosinophilie 229
 Myokarditis nach Leuchtgasvergiftung
 133

N

Nabeldiphtherie des Neugeborenen 75, 294
 Nachtschweiße der Phthisiker 371
 Nagelentfernung 11
 Narbengeschwüre, Behandlung 145
 Nebennierenextrakt bei Katarrhen der Atmungsorgane 20
 Nebennierentumor und Geschlechtsdrüsenausfall 129
 Neosalvarsan bei Pyelitis 59
 —, Leitungswasser zu Injektionen 288
 Neosalvarsaninjektion, Medianuslähmung nach 34
 Neosalvarsansirup 286
 Neptunpräparate 127
 Neuritis optica bei Fleckfieber 109
 Nirvanol, Erfahrungen mit 311
 —, Nebenwirkungen 133
 Nirvanolvergiftung 172
 Nitro-Teerfarbstoffe zur Erzeugung von Ikterus 1
 Nitrobenzolvergiftungen 133
 Novasurol bei Syphilis 350

O

Oberflächenpalpation 363
 Oedeme, Punktionsbehandlung 304
 —, Kartoffelkur bei 346
 Oesophaguskarzinom, geheilter Fall 49
 Oesophagusstrikturen nach Verätzung, Verhütung von 182
 Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, Airol bei 317
 Opsonogen 149
 Opsonogenbehandlung der Furunkulose 95
 Optochin bei Kinderpneumonie 18
 Ormizet in der Wundbehandlung 203
 Otitis bei Infektionskrankheiten 7

P

Pankreaserkrankung und Nichtgedeihen von Kindern 65
 Parotitis epidemica, Eierstockerkrankung bei 196
 Pektoralfremitus bei Pneumonie 72
 Pepsinpräparate, Wert 81
 Perichondritis laryngea nach Grippe 6
 Peritonitis und Grippe 40
 — tuberculosa, Friedmanns Heilmittel bei 181
 Perrheumal 372
 Phimose und Syphilis 111
 Phthirus inguinalis in den Zilien 76

Pirquetsche Kutanprobe, Herdreaktion bei 3
 Plantarpunkt 5
 Plattfuß, Behandlung 268
 Pleuritis alterolateralis, postpneumonische 295
 Pleuritische Exsudate, Behandlung 207
 Pneumonie, Pektoralfremitus bei 72
 —, Optochin bei Kinder- 18
 — der Kinder, Brustwandödem bei 329
 —, Behandlung 371
 Pneumothorax artificialis bei Bronchiektasien 112
 Polyfango 213
 Polymyositis bei Grippe 298
 Probepunktion, Lungenblutung nach 232
 Prostatahypertrophie, Fehldiagnose 36
 Prostatiker, Behandlung 372
 Pupillen bei Veronalvergiftung 132
 Pyelitis, Neosalvarsan bei 59
 Pyoktanin in der inneren Medizin 241
 Pylorospasmus der Säuglinge 367

Q

Quecksilberbehandlung, Nebenwirkung 46

R

Rachitis, Höhensonne bei 84, 366
 Rachitische Verkrümmungen 266
 Radiusfraktur, Behandlung 143
 Recto-Serol 149
 Rektalgonorrhoe bei Frauen 362
 Rhinogleit bei Rhinopharyngitis 245
 Rippenschere 190
 Röntgenbehandlung des Mammakarzinoms 339.
 Röntgendiagnose paravertebraler Abszesse 105
 — der Wirbeltuberkulose 164
 Rückfallfieber, Salvarsan bei 178
 Ruhr, perkutane Schutzbehandlung 178

S

Salizyl, Nebenwirkungen 133
 Salvarsan bei Lungengangrän 25
 — bei Lungenabszeß und Bronchiektasien 308
 — bei Alveolarpyorrhoe 60
 — bei Rückfallfieber 178.
 Salvarsanbehandlung, Richtlinien 215
 Sanarthrit bei Gelenkerkrankungen 243
 Sauerstoffanwendung, Gefahren 128
 Schellfisch, Herpes und Exantheme nach Genuß von 199

Schlüsselbeinschere 190
 Schmerzen bei Frauenleiden 260
 Schwangerschaft und Grippe 166
 Schwangerschaftserbrechen, Behandlung 61
 Schwangerschaftsunterbrechung bei Geistes- und Nervenkrankheiten 342
 Schwefelkohlenstoffvergiftung 200
 Senföl in Bolus alba 51
 Siccostypt 252
 Silbersalvarsan 314
 — bei syphilitischen Geisteskrankheiten 28
 — bei multipler Sklerose 122
 Silbersalvarsannatrium bei Syphilis 126
 Simulation, zur Kasuistik 31
 Sirupus Neosalvarsani 286
 Sklerodermie und endokrine Drüsen 162
 Sklerose, Silbersalvarsan bei multipler 122
 Solarsontherapie 368
 Sparteinum sulfuric. 272
 Spasmalgin 183
 Spuman in der Gynäkologie 253, 373
 Staphar 125, 349
 Staphylokokkenkrankungen, Kal. hypermang. bei 255
 Sterilisation der Frau bei Herzleiden 273
 Strophantintherapie 89, 279
 Strophulus infantum 321
 Struma maligna, diagnostisches Merkmal 3
 Suprarenin bei Wunden 11
 Sycosis barbae, Behandlung 283
 Sykosis, Chlor gegen 349
 Syphilis, Harnröhrenkatarrh und Phimose bei 111
 —, Aortenveränderungen bei 261, 262
 —, Silbersalvarsannatrium bei 126
 —, Abortivbehandlung 152
 —, Novasurol bei 350
 —, kombinierte Salvarsan-Sublimatbehandlung 351
 —, Salvarsan-Quecksilberkur 187

T

Tabes, Behandlung 89
 Tenosin in der Gynäkologie 61
 Terpichin 314
 Tetanusrezidiv durch Narbenexzision geheilt 204
 Theacylon 274
 Thigenol bei Furunkulose 313, 349
 Thüringer Quellensalz 341
 Tod, sicheres Vorzeichen 167

Tonsillen als Eingangspforte für Infektionen 260
 Trichophytie, Behandlung 151, 184, 283
 Trikresolbehandlung 340
 Trional bei Epilepsie 342
 Trypaflavin bei Infektionskrankheiten 13
 — als inneres Antiseptikum 211
 — bei malignen Tumoren 268
 Tuberkulin bei Angina Plautii 369
 Tuberkulose und Pockenschutzimpfung 31
 Tuberkulose, Sekundärerkrankungen 38
 — und Grippe 165, 166
 Tuberkulosemittel Friedmanns 17
 — — in der Orthopädie 177
 — — bei Peritonitis tuberculosa 181
 —, — bei Kindern mit chirurgischer 280
 Typhusbazillenträger, Cystinal bei 13

U

Ulcus cruris, Dymal bei 94
 — und Carcinoma ventriculi 144
 Ulnarisschiene 189
 Urticaria papulosa infantum 321

V

Vaginal- und Hautdiphtherie mit postdiphtherischen Lähmungen 231
 Vakzigon bei Gonorrhoe 350
 Variola, Kaliumpermanganatbehandlung 302
 Varizellen, zunehmende Schwere 128
 Veronalvergiftung 263
 — Pupillen bei 132
 Vialonga-Wurmperlen 26

W

Waldeyerscher Schlundring und Temperatursteigerungen 97
 Wirbeltuberkulose, Röntgendiagnostik 164
 Wochenbett, Fieber im 321
 Wundbehandlung mit Ormizet 203
 Wunddiphtherie 238
 Wunden, primäre Naht nichtseptischer 114

Z

Zahnung und Grippe 33
 Zervixgonorrhoe, Arthigon bei 214
 Zibosal 124
 Zuckerinjektionen gegen Hyperhidrose der Phthisiker 24

Autorenregister.

A

Abelsdorff 264
Albrecht 62
Alker 96
Allinger-Stein 3
Arnold 109
Asam 143
Asch 188

B

Baer 334
Bähr 228
Bardachzi 209
Barth 82
Bayer 349
Beck 53
Beer 364
Bender 302
Bennauer 214
Bergmann 199
Bettmann 258
Birnbäum 373
Bittorf 129, 296
Blank 241
Bloch 181
Blum 365
Blumenthal 17, 45
Boas 362
Bock 17
Bohland 13, 211
Bornstein 90
Boruttau 252
Bossert 280
Brandenstein 35
Braune 342
Brockhaus 188
Broer 120
Bruck 350
Brüggemann 6
Brünecke 46
Brüning 171
Brütt 74
Bucura 157
Bumke 342
Burchard 341

C

Citron 206

D

Decker 206
Deist 346
Determann 90
Deutsch 38, 169
Diemel 204
Diesing 20.
Döllner 31
Dürig 185
Dumont 198
Duschak 85

E

v. Eicken 184
Eisel 94
Elsner 177
Erlenmeyer 343
Euler 60

F

Fabry 215
Fendel 149
Flesch-Thebesius 11, 232
Floer 174
Foerster 363
Fraenkel 363
Freischmidt 76
Freund 203, 285
Friedemann 133
Friedländer 28
Frühwald 27, 121
Fuchs 158
Funck 62

G

Gärtner 247
Galewsky 91
Gallus 317
Genck 73
Gerber 24
Géronne 368
Gerson 176
Giesemann 370
Glas 97

Glaserfeld 178
Göpfert 340
Göppert 294, 308
Goldberg 34
Goldstein 162, 254
Grau 38
Greiner 248
Groß 25, 31
Grube 213

H

Haberer 144
Hahn 109, 168
Hammes 336
Harriehausen 269
Heermann 175, 244, 268, 270
Heim 92
Heise 124, 149
Henius 243
Henszelman 57
Hesse 7
Heymann 22
Hilgermann 207
Hirsch 26, 308
Hoffmann 67
Hofmann 10
Hoke 149
Holzapfel 76
Holzknecht 230
Hueber 197
Hübner 200
Huldschinsky 84
van Husen 2

J

Jacob 172
Jacobsthal 337
Janson 94
Joerdens 67
Just 75

K

Kache 30
Kalberlah 122
Kappis 106

Karger 12
 Karo 36, 314
 Katzenstein 288, 311
 Kausch 202
 Kayser-Petersen 165
 Kehl 190
 Kickhefel 141
 Kirch 337
 Klare 117
 Kleemann 251
 Klewitz 281
 Klotz 298
 Knopf 181
 Körbl 289
 Kofler 278
 Korb 15
 Kosminski 61
 Kraus 277
 Krebs 349
 Krecke 366
 Kretschmer 367
 Kühn 13
 Kuhn 313, 349

L

Lade 147
 Langemak 11
 Langer 313
 Langstein 33
 Leendertz 231
 Lenzmann 262
 Levy-Lenz 126, 314
 Lewin 268
 Lichtwitz 363
 Liebmann 133
 Linser 187
 Loeb 27
 Löwenfeld 151
 Luce 229
 Lüders 270

M

Magnus 175, 207, 266
 Mayer 312, 372
 Meissner 133
 Mende 225
 Mertx 51
 Meyer 110, 115, 254
 Miloslavich 8
 Mittweg 251
 Moszeik 263
 Müller 79, 86, 338

N

Nast 184
 Nathan 59
 Neis 321
 Neumayer 81, 89
 Neusser 255
 Niemann 324
 v. Noorden 270, 272
 Nothnagel 6

O

Oberndorfer 136
 Oehler 3
 Ohlmann 329
 Opitz 260
 Oppenheim 127, 253
 Oppenheimer 44, 161

P

Pappenheim 131
 Passini 65
 Passow 318
 Patzschke 286
 Peters 350
 Petruschky 178
 Pfeiffer 196
 Philipsborn 17
 Pick 25
 Pototzky 246
 Prausnitz 75
 Pribram 178
 Propping 300
 Pürckhauer 145
 Pulay 261
 Putzig 366

R

Reinecke 59
 Reinhart 243
 Reismann 164
 Reitter 134
 Rheins 115
 Ries 82
 Rille 126
 Roderburg 279
 Römer 182
 Rörig 273
 Roesch 162
 Rösler 274
 Rohr 162
 Romeick 350

Roschke 55
 Rosenbaum 332
 Rosenberg 5
 Rosenfeld 116
 Rosenthal 26, 95, 126
 Rostock 96
 Roux 182
 Rüdell 167
 Rüttemeyer 188
 Ruge 196
 v. Rumbach 190

S

Salomon 17
 Salzmann 58
 Schaefer 27
 Schede 189
 Schiff 210
 Schirokauer 186
 Schmitz 166
 Schneller 278
 Schotten 18
 Schranz 235
 Schütz 321
 Schulte-Tigges 166
 Schultz 101
 Schwenkenbecher 170
 Sgalitzer 105, 164
 Siebert 257
 Simmonds 131
 v. Soós 163
 Staeckert 229
 Stangenberg 258
 Starker 132
 Steinitz 298
 Stoeltzner 128
 Stracker 301
 Strauß 41
 Strebel 142
 Strube 173
 Strubell 125
 Strümpell 353
 Stuhl 369

T

Telemann 339
 Tuszewski 133

U

Ulrichs 48
 Umber 1, 55
 Unverricht 112

X

V
v. d. Velden 304
Vogel 114
Vogt 47, 123
Voigt 350
Voll 236
Vollbrandt 125
Vorpahl 106

W
Wechselmann 152

Weigert 115
Weinert 238
Weishaupt 40
Wetterer 283
Wichura 89
Wiese 31, 78
v. Wild 61
Winter 273
Wittmaack 49
Wolffberg 318

Woloshinsky 291

Z

Zadek 18, 72, 145
Zencker 149
Zimmermann 13
Zondek 44, 211
Zuntz 283

Neue Bücher.

Bachem, C., Arzneimittel der heutigen
Medizin 191
Brauer, L., Beiträge zur Klinik der
Infektionskrankheiten 191
Hoffmann, W., Die deutschen Aerzte
im Weltkriege 223
Holle, H. G., Allgemeine Biologie 192
Huchard, H., Die Krankheiten des
Herzens 223

Pappritz, A., Einführung in das Stu-
dium der Prostitutionsfrage 192
Prescher u. Rabs, Bakteriologisch-
chemisches Praktikum 223
Reichs-Medizinal-Kalender 160
Vorträge, Sammlung klinischer 160
Würzburger Abhandlungen 192

Buchdruckerei von Robert Noske in Borna-Leipzig.



